

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JANICK ARTAUD

L'APPRENTISSAGE DE L'OPTIMISME COMME REMÈDE
À LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS

OCTOBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Michelle Dumont, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Michelle Dumont, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Lucie Mandeville, Ph.D.

Université de Sherbrooke

Sommaire

Devant la croissance du nombre de dépressions observées actuellement chez les adolescents, une réflexion psychosociale semble indiquée afin de déterminer quelles pistes d'intervention peuvent venir en aide à ces jeunes. Cet essai vise à mettre en lumière de quelle façon les valeurs, actuellement véhiculées dans les sociétés occidentales, sont susceptibles de participer au développement de la dépression afin d'identifier les pistes d'intervention les plus appropriées. L'apprentissage de l'optimisme semble être une voie prometteuse puisqu'elle participe à guérir et à prévenir la dépression. Afin d'optimiser le développement d'un optimisme qui favorise la redéfinition des valeurs, un modèle d'intervention individuel pour les adolescents sera proposé. Dans ce modèle, les techniques préconisées par Seligman dans son programme d'apprentissage de l'optimisme (1994) seront insérées dans le processus d'une thérapie cognitive de troisième génération, la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Chapitre 1. La société postmoderne, le pessimisme et les psychopathologies	6
Un point de vue philosophique et social sur le pessimisme.....	7
L'adolescence et la société postmoderne	17
L'adolescence et la redéfinition identitaire.....	17
L'adolescence et la dépression.....	20
Chapitre 2. L'optimisme	23
Un point de vue psychologique : vers une psychologie positive, du pessimisme à l'optimisme	24
L'historique des concepts de l'optimisme et du pessimisme.....	26
Les instruments de mesure et les recherches sur l'optimisme	30
L'optimisme partiel et l'optimisme global selon Peterson	32
Chapitre 3. Peut-on développer l'optimisme?.....	36
L'optimisme partiel et le programme d'apprentissage de l'optimisme (Seligman).....	39
De l'impuissance acquise au pessimisme	39
Du pessimisme à la dépression	47

De l'impuissance acquise à l'optimisme acquis : un programme d'intervention	52
La limite de ce programme	62
L'optimisme global et la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes).....	64
La théorie des cadres relationnels : les processus langagiers et cognitifs.....	65
La thérapie d'acceptation et d'engagement, une thérapie expérientielle	69
Axe 1 : l'acceptation	72
Axe 1 : la défusion cognitive	74
Axe 2 : le Soi comme contexte	74
Axe 2 : le moment présent	75
Axe 3 : les valeurs.....	75
Axe 3 : l'engagement dans l'action.	76
L'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement	77
Chapitre 4. Vers un optimisme partiel et global : Essai d'intégration des deux approches dans un modèle d'intervention individuel auprès d'adolescents	80
Conclusion	89
Références	93
Appendice A. Apprendre l'optimisme, étape 1, exemples d'adversité (Seligman, 1994)	103
Appendice B. Apprendre l'optimisme, étape 2, exemples pour le journal de bord (Seligman, 1994)	105
Appendice C. Apprendre l'optimisme, étape 3, exemples de réfutation (Seligman, 1994)	107
Appendice D. ACT-Axe 1 – Acceptation et défusion cognitive, exemples de métaphores (Monestès & Villatte, 2011)	110

Appendice E. ACT-Axe 2 – Le soi comme contexte et contact avec le moment présent exemples de métaphores (Monestès & Villatte, 2011).....	112
Appendice F. ACT-Axe 3 – La clarification des valeurs et l’engagement dans l’action exemples d’exercices (Monestès & Villatte, 2011)	115

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Critères d'un épisode dépressif majeur, DSM-IV-TR 9
- 2 Modes d'explication pessimiste et optimiste en fonction des trois dimensions
identifiées dans l'ASQ et reliées aux événements négatifs et positifs 44

Liste des figures

Figure

- 1 L'Hexaflex représentant les six axes thérapeutiques de l'ACT (Hayes et al., 1999) 71
- 2 Proposition d'un modèle d'intervention individuel auprès d'adolescents pour le développement de l'optimisme..... 82

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement ma directrice d'essai doctoral, madame Michelle Dumont, qui a su m'accompagner, m'encourager et me diriger au cours de ces nombreuses années afin de mener à terme ce projet. Je tiens à lui offrir toute ma gratitude pour ses judicieux conseils, son expertise, sa patience, sa disponibilité et son engagement exceptionnel. Je tiens également à remercier sincèrement madame Colette Jourdan-Ionescu et madame Lucie Mandeville d'avoir accepté avec générosité de faire partie de mon comité doctoral. Toute cette aide m'a été des plus précieuse.

Je tiens à remercier également mon conjoint, sans qui ce projet n'aurait pas pu voir le jour. Son engagement auprès de notre fille fut merveilleux et m'a permis de compléter cet essai en toute confiance. Merci aussi à toi, Amandine, source d'inspiration constante.

J'aimerais également souligner l'aide précieuse de mon père, professeur d'université et psychologue, qui a su me transmettre sa passion et me guider dans mon cheminement intellectuel ainsi que celle de ma mère qui a toujours su me redonner confiance en mes capacités pour mener à terme mon projet.

Enfin, un merci spécial à mes amies et collègues de travail qui n'ont cessé de m'encourager dans ce parcours académique et plus particulièrement Mylène, future docteure en psychologie, et partenaire de doctorat formidable.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression majeure qui aurait été la première cause d'incapacité au monde en 2000 deviendrait, d'ici 2030, le principal facteur contribuant au fardeau de la maladie dans les pays à revenu élevé (Mathers & Loncar, 2006). Tal Ben-Shahar (2008) souligne qu'aux États-Unis l'âge moyen des premiers symptômes de la dépression se situait, en 1960, vers vingt-neuf ans et demi alors qu'aujourd'hui, il se situe vers quatorze ans et demi. Une étude de Seligman (1995) rapporte d'ailleurs une augmentation du taux de dépression chez les adolescents. Entre 1968 et 1971, alors que la prévalence de dépression sévère chez les adolescents nés aux États-Unis était de 4,5 %, elle a augmenté à 7,2 % chez les adolescents nés entre 1972 et 1974. Bien qu'il demeure encore difficile d'établir avec précision l'incidence de la problématique dépressive en raison de la variété des outils de recherche utilisés dans les études, il semble que les auteurs s'entendent pour dire qu'il existe une augmentation significative des symptômes dépressifs à l'adolescence (Radloff, 1991). Au Québec, Bergeron, Valla et Breton (1992) ont mené une étude auprès de 2400 adolescents de 12 à 14 ans. Les résultats indiquent que 4,2 % de ces jeunes répondaient aux critères diagnostiques de la dépression majeure (selon le DSM-III-R). Une étude de Peterson, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler et Grant (1993) indique, quant à elle, que le trouble dépressif serait actuellement le diagnostic le plus souvent posé chez les jeunes. Enfin, les dangers liés à la dépression sont maintenant bien reconnus dans les études en

psychopathologie développementale (Rutter, Izard, & Read, 1986; Rutter & Sroufe, 2000).

À la lumière de ces résultats, une réflexion préalable sur les valeurs véhiculées dans une société occidentale semblait indiquée afin de déterminer quelles pistes d'intervention pouvaient venir en aide à ces jeunes. C'est d'ailleurs cette réflexion qui a permis d'identifier l'objet de cette étude : l'apprentissage de l'optimisme qui participe à une redéfinition des valeurs peut-il être un remède à la dépression observée chez les adolescents? Les concepts de dépression, de pessimisme et d'optimisme seront donc à l'étude dans cet essai et la clientèle visée sera celle des adolescents. La période de l'adolescence étant une période de redéfinition identitaire, ils peuvent se voir, à cet effet, plus fragilisés par le contexte social actuel.

Il s'agit d'un essai théorique qui tentera de mettre en évidence l'état des connaissances actuelles sur le sujet. Et, afin de pallier aux difficultés que peuvent rencontrer les cliniciens dans le cadre d'une thérapie individuelle avec les adolescents en ce qui concerne le développement de l'optimisme, il est apparu nécessaire de proposer un modèle d'intervention individuel dans lequel les techniques préconisées par Seligman dans son programme d'apprentissage de l'optimisme (1994) seront insérées dans le processus d'une thérapie cognitive de troisième génération, la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 1999).

Cet essai vise essentiellement trois objectifs. Le premier, de nature théorique, sera de mettre en lumière de quelle façon les valeurs véhiculées dans une société occidentale sont susceptibles d'éclairer le développement de certaines psychopathologies actuellement en croissance telles que la dépression. Pour ce faire, dans un premier temps, une approche philosophique sera adoptée afin de préciser certaines théories sous-jacentes au développement de ces valeurs. Des résultats concernant une population adulte seront rapportés, mais une attention particulière sera portée à celle des adolescents.

Le second objectif, également de nature théorique, sera de préciser de quelle façon l'apprentissage de l'optimisme peut participer à guérir et prévenir la dépression. Il peut également avoir un impact positif sur certaines variables cognitives, affectives et comportementales. Les origines historiques du concept de l'optimisme et du pessimisme permettront de mieux saisir la portée de ces concepts.

À la lumière de ces connaissances, le troisième objectif vise à offrir au praticien, dans le cadre d'une pratique individuelle auprès d'adolescents, un modèle d'intervention permettant de développer un optimisme participant à la redéfinition des valeurs. Suite à une recension des écrits, il a été constaté que peu de programmes d'intervention individuels susceptibles d'aider à l'apprentissage de l'optimisme ont été identifiés. Celui de Seligman (1994) exposé dans son livre « Apprendre l'optimisme », qui relève de la psychologie positive, demeure une référence incontournable et a d'ailleurs servi à

l'élaboration de programme d'intervention de groupe. Ce programme sera donc étudié. Tout en tenant compte de certaines limites de ce programme, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT, Hayes et al., 1999), relevant de la thérapie cognitive de troisième vague, sera à son tour explorée puisqu'elle offre une voie prometteuse pour une redéfinition des valeurs, susceptible de donner au jeune un sens à son existence. Enfin, pour favoriser le développement d'un optimisme participant à la redéfinition des valeurs, un modèle d'intervention sera proposé.

Cet essai s'inscrit dans le virage conceptuel opéré par la psychologie positive et la thérapie cognitive de troisième vague, où le bien-être redevient source d'intérêt et où l'attention des chercheurs cesse d'être portée exclusivement sur le mal-être exprimé sous formes de psychopathologies et de symptômes. Le psychothérapeute, dans cette perspective, devient donc en mesure de participer, à travers l'application de ces nouvelles approches, au mieux-être de ses clients et au changement théorique qui lui est sous-jacent et qui s'inscrit dans une redéfinition des valeurs d'une société. Comme l'a dit Rollo May (1972), s'il est vrai que les névrosés sont des prophètes, les psychologues, qui sont les observateurs privilégiés des psychopathologies existant dans une société, peuvent jouer un rôle important par rapport à la société d'aujourd'hui, en dénonçant certains standards sociaux dont ils sont en mesure de constater les effets parfois désastreux dans le fonctionnement psychique de ceux qui viennent solliciter leur aide et en participant à cette redéfinition des valeurs à travers leurs interventions.

Chapitre 1

La société postmoderne, le pessimisme et les psychopathologies

La société occidentale actuelle (l'Amérique du Nord et l'Europe) a été qualifiée par plusieurs auteurs (Baudrillard, 1982; Lipovetsky, 1983; Lyotard, 1979) de société postmoderne. Elle émerge au début des années 50, mais commence véritablement à en révéler ses caractéristiques à partir des années 60 jusqu'à nos jours. Dans une perspective psychologique, elle interpelle puisqu'elle semble être à la source d'un certain pessimisme susceptible d'engendrer des psychopathologies telles que la dépression ou l'anxiété. Les caractéristiques de cette société seront tout d'abord explorées, ce qui permettra de mieux comprendre comment elles peuvent conduire vers un pessimisme qui participe au développement de certaines psychopathologies.

Un point de vue philosophique et social sur le pessimisme

Plusieurs psychologues ont su mettre en lumière le lien existant entre un état donné de la société et certaines psychopathologies. En effet, en voulant promouvoir une psychologie de la santé, Abraham Maslow (1972) affirmait que les besoins fondamentaux de l'individu, dont l'accomplissement ultime est la condition de la santé psychique, étaient trop souvent entravés par les impératifs de la culture. Freud (1950), vivant dans la société répressive de Vienne de son époque, identifiait des névroses liées à un excès de répression alors que Jung (1962) reconnaissait que, dans le désarroi de l'après-guerre, les deux tiers de ses patients ne présentaient pas de névroses cliniquement définissables, mais souffraient de ce que leur vie était dépourvue de sens.

C'est d'ailleurs ce qui a amené Viktor Frankl (1988), sortant des camps de concentration, à identifier une nouvelle névrose qu'il a appelée « noogénique », engendrée par la perte du sens. Ce lien entre état de la société et psychopathologie paraissait tellement évident à Rollo May (1972) que celui-ci a affirmé que les névrosés sont des prophètes, car ils mettent en lumière les défauts de la civilisation. Dans cette perspective, que peuvent donc nous apprendre les psychopathologies de plus en plus observées dans nos sociétés occidentales actuelles?

D'après un rapport de l'Organisation mondiale de la santé, la dépression majeure qui aurait été la première cause d'incapacité au monde en 2000, deviendrait d'ici 2030 le principal facteur contribuant au fardeau de la maladie dans les pays à revenu élevé (Mathers & Loncar, 2006). On diagnostique actuellement médicalement la dépression majeure en se référant, entre autres, au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publié par la Société américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, 2003). Ce manuel de référence permet d'identifier, à partir de critères diagnostiques et de recherches statistiques, si une personne souffre ou non de dépression. À cet effet, le Tableau 1 de la page suivante reprend les critères du DSM-IV-TR permettant d'établir un diagnostic de dépression majeure¹.

¹ Bien que le DSM-V vienne tout juste d'être publié le 18 mai 2013 dernier, l'ensemble des auteurs cités dans cet essai se sont référés aux versions antérieures du DSM. C'est la raison pour laquelle la version du DSM-IV-TR a été privilégiée.

Tableau 1

Critères d'un épisode dépressif majeur, DSM-IV-TR

-
- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive; ou 2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
- N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.
- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
 - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.¹
-

¹ DSM-IV-TR, 2003.

Weissman et Olfson (1995) rapportent que 12 % des hommes et 20 % des femmes seraient susceptibles de souffrir d'une dépression grave au cours de leur existence. La prévalence actuelle serait de 6 %. Une personne ayant fait une dépression serait plus à risque de connaître un second épisode dépressif (Keller, Lavori, Lewis, & Klerman, 1983) et chaque épisode augmenterait de 16 % les probabilités d'une récurrence (Solomon et al., 2000). Selon un rapport obtenu dans une étude menée dans les Centre de données de recherche du Canada, publié en 2008 et intitulé « Le Profil de la dépression clinique au Canada », on indique que la dépression majeure serait souvent accompagnée d'un autre problème de santé mentale tel qu'un trouble anxieux, un trouble de toxicomanie ou d'alcoolisme ou un trouble de l'alimentation (Patten & Juby, 2008) et augmenterait les risques reliés au suicide.

La plupart du temps, la dépression serait le produit d'une interaction complexe entre des éléments biologiques, psychologiques et sociaux (Patten & Juby, 2008). Le premier épisode dépressif, lorsqu'il a lieu, interviendrait à la fin de l'enfance ou au cours de l'adolescence (Kessler et al., 2003). Rappelons que Tal Ben-Shahar (2008) a relevé la baisse importante d'âge moyen de survenue de la dépression (29 ½ ans en 1960 à 14 ½ ans aujourd'hui).

Les traitements actuels pour la dépression privilégient les antidépresseurs et les thérapies cognitives et comportementales (TCC). Une recherche de Patten et

Beck (2004) a indiqué qu'au Canada, le recours à des antidépresseurs pour traiter la dépression et l'anxiété a doublé entre 1994 et 2000.

À la lumière de ces statistiques, que nous disent ces psychopathologies sur notre société actuelle? Et de quelle façon cette réflexion peut-elle nous mener vers des pistes de solution susceptibles de participer à l'amélioration de la santé mentale dans nos sociétés? Un bref recul historique semble ici indiqué afin d'éclairer ces questions.

Les grandes doctrines morales religieuses qui imposaient des principes extérieurs à l'individu et auxquelles on se référait lorsque le doute s'installait suite à divers questionnements ont connu avec la modernité une profonde remise en question. Le monde cessant d'être expliqué par le recours aux divinités, c'est à travers la raison humaine qu'il peut désormais être appréhendé. Divers penseurs ont d'ailleurs contribué à cette valorisation d'une subjectivité capable, à elle seule, de répondre aux questions qui se présentent à elle (Descartes, Husserl, Kant, pour n'en nommer que quelques-uns). Ce retour à la subjectivité humaine marque l'époque moderne : le sujet est désormais le centre d'intérêt et les grandes doctrines religieuses commencent à céder la place à un projet moderne en pleine émancipation susceptible de mener ultimement l'individu vers le bonheur.

C'est toutefois cette même émancipation qui va paradoxalement conduire au rejet de ces idéologies humanistes et par le fait même, caractériser l'ère postmoderne. L'être

humain prend en effet conscience de sa capacité de développer sa propre interprétation du monde. Il découvre que les opinions divergent et que la diversité des cultures et la multiplicité des théories scientifiques, qui nous dévoilent un univers de plus en plus complexe, semblent rendre impossible le projet moderne d'une théorie explicative englobante, permettant de tout unifier et de guider les actions pour atteindre le bonheur. De plus, les progrès engendrés par la raison (progrès scientifiques et technologiques) commencent à avoir des conséquences sur la société et l'environnement. Les grandes idéologies humanistes sont donc progressivement remises en question et les désillusions sont nombreuses.

C'est dans ce contexte que l'ère postmoderne apparaît. La diversité se voit de plus en plus valorisée et la vérité, dans cette perspective, devient propre à chacun. En effet, l'individu semble devenir indifférent aux avis qui proviennent de l'extérieur et se fie désormais à son expérience personnelle. On voit alors apparaître les caractéristiques de ce que Boisvert (1995) nomme une culture de consommation. En effet, dans la mesure où l'individu revendique le droit de choisir et peut ainsi puiser au jour le jour dans ce qui lui convient le mieux, tout, autour de lui, devient source de consommation. Dès lors, « la logique économique a bel et bien balayé tout idéal de permanence, c'est la règle de l'éphémère qui gouverne la production et la consommation des objets » (Boisvert, 1995, p. 30). Et puisque la consommation vise le bien-être des individus, elle devient la voie idéale pour atteindre le plaisir rapidement. Le choix personnel devient si important qu'un grand mouvement d'intolérance à l'égard de toute forme d'autorité qui vise à

imposer des valeurs est à l'œuvre. Les revendications se multiplient en faveur des droits et des libertés individuelles qui permettent désormais l'accès au bonheur.

Cette ère postmoderne semble avoir engendré, d'une part, un mouvement intellectuel pessimiste qui débouche vers un regret du passé et l'adoption d'un cynisme face au présent et d'autre part, des psychopathologies étroitement associées à la perte de références externes qui permettaient de guider les questionnements concernant le sens à donner à la vie. Bien sûr, les réponses externes apportées par les idéologies religieuses généraient elles aussi certaines psychopathologies en mettant de côté un aspect important de l'individu : sa part de liberté au profit d'un guide externe encadrant. Mais l'arrivée de la « me-generation » qui peut facilement dévier vers une forme de « culture du narcissisme » (Taylor, 1998, p. 99) semble avoir, à son tour, mis de côté une dimension importante de l'individu, celle de la réflexion sur le sens de la vie et sur les valeurs fondamentales, ce qui a pour conséquence de fragiliser la santé mentale.

Un des mouvements intellectuels fort intéressants qui prévaut de nos jours - l'auteur Bernard-Henri Lévy, entre autres, dans son livre « La Barbarie à visage humain » (1977), illustre bien cette pensée - semble refléter un état psychologique de la société très présent, bien que souvent dissimulé. Ce mouvement intellectuel peut s'inscrire dans la postmodernité dans la mesure où il se contente d'observer et de critiquer tout en refusant de formuler un quelconque discours normatif. Ce mouvement a la caractéristique de revendiquer le pessimisme comme vision du monde réaliste. Il conçoit

en effet qu'une vision optimiste du monde actuel est une vision naïve, voire illusoire, et qu'elle est élaborée par l'individu dans le but inconscient de s'apaiser et même de se débarrasser d'un présent trop menaçant en se reportant à l'avenir.

Il est vrai que, lorsque nous sommes confrontés chaque jour aux innombrables nouvelles négatives ou alarmantes qui nous parviennent de tous les côtés grâce aux nouvelles technologies qui ne cessent de multiplier les différentes possibilités d'accès à l'information et lorsque nous sommes confrontés à certaines nouvelles paradoxales telles que des images d'enfants sans abris suivis d'une information soulignant qu'environ 800 millions de dollars auraient été dépensés au cours de l'année aux États-Unis en chirurgies esthétiques, le réel peut devenir source de pessimisme. Il est vrai aussi que, puisque nous connaissons désormais les risques que nous encourons, lorsque nous mangeons, buvons, nous exposons au soleil, avons des relations sexuelles, etc., il est difficile de se rapporter au présent en étant pleinement optimiste.

Dès lors, « plus riche et plus intéressant que le présent, l'avenir est le lieu de la « vraie vie », de la réalité telle qu'elle doit être » (Daunais, 2003, p. 10). L'optimiste dont il est ici question se projette donc dans l'avenir qui devient le lieu de la « vraie vie ». Mais l'optimiste décrit par ces intellectuels se distingue de celui des métaphysiciens d'autrefois car, à la différence de ces derniers :

[...] dont le meilleur monde est lointain et difficile d'accès (vie après la mort), ce qui le contraint à une croyance forte et des doutes incessants, ce qui, surtout, l'empêche de faire l'économie du réel immédiat, l'optimiste d'aujourd'hui a tout le loisir de passer outre : l'avenir dans lequel il se projette est si proche et,

à bien des égards, si raisonnable et si plausible, qu'il peut dès maintenant remplacer le présent [à travers des projets concrets.] (Daunais, 2003, p. 11).

On peut ici se demander si la fuite vers l'avant caractéristique de notre société performante n'en serait pas un symptôme. Mais le problème, c'est que la réalité du présent demeure précieuse, car lorsqu'on prend le temps de s'y arrêter, c'est elle qui nous ramène aux questions plus profondes telles que le sens de la vie, de la mort, etc., questions qui sont susceptibles de nous projeter dans un avenir beaucoup plus lointain et de procurer un sens profond à notre vie. D'ailleurs, lorsque ce mouvement de fuite en avant, engendré par les projets multiples s'épuise, un vide de sens commence alors à émerger.

Ces penseurs qui remettent donc en question cet optimisme, tout en relevant ce problème fondamental de notre société, appréhendent le monde avec pessimisme en acceptant la réalité avec ses défauts et ses nombreux paradoxes, sans s'en détourner. Mais au lieu de proposer une nouvelle façon de concevoir l'avenir, ils regrettent les idées du passé et décident d'arborer un sourire face à l'absurdité du présent tout en considérant l'optimiste comme celui qui cherche naïvement à résoudre les problèmes auxquels il est confronté. Ce pessimisme intellectuel semble très symptomatique de la société actuelle. En effet, dans la mesure où la réalité présente de nombreuses contradictions, nous sommes susceptibles d'être souvent confrontés à notre impuissance. Ainsi, à première vue, il est possible d'avoir l'impression que nous n'avons pas d'autres issues que d'opter soit pour un pessimisme de retrait et d'observation cynique de la

réalité (en adoptant par le fait même une position passive, en retrait d'une participation active pour un monde meilleur), soit pour un optimisme actif qui ne peut être que naïf parce qu'il ne perçoit pas les vrais enjeux (du long terme).

C'est alors que dans l'un ou l'autre cas, nous sommes à la merci d'un état dépressif qui peut s'exprimer soit de manière explicite lorsqu'il est lié à notre sentiment d'impuissance et à nos désillusions face à la possibilité de changer le monde, soit de manière implicite lorsque le vide de sens, l'absence de points de repère conduit au repli sur soi, à la fuite vers l'avant et à une culture individualiste. De telles attitudes devant la réalité peuvent nous éclairer devant la croissance de troubles psychopathologiques tels que la dépression.

En résumé, les psychopathologies telles que la dépression et l'anxiété, qui occupent une place de plus en plus importante dans les sociétés occidentales à revenus élevés, nous invitent à réfléchir sur les courants de pensées et valeurs qui y sont véhiculés. Le pessimisme et le vide de sens actuellement présents dans nos sociétés postmodernes, et qui semblent participer au développement de ces psychopathologies, peuvent nous orienter vers des pistes de solution susceptibles d'aider à l'amélioration de la santé mentale. C'est d'ailleurs ce qui sera abordé dans les Chapitres 3 et 4.

L'adolescence et la société postmoderne

L'adolescence et la redéfinition identitaire

Un groupe d'individus semble particulièrement à risque de développer ce type de psychopathologies : les adolescents. En effet, dans la mesure où ils se révèlent plus sensibles aux valeurs véhiculées par la société puisqu'ils se retrouvent à une étape de leur vie où ils redéfinissent leur identité, les adolescents peuvent se voir fragilisés psychologiquement par cette société postmoderne. Des études indiquent d'ailleurs que, de nos jours, le premier épisode dépressif interviendrait, lorsqu'il a lieu, au cours de l'adolescence (Kessler et al., 2003). De quelle façon cette étape de vie peut-elle s'avérer critique face aux valeurs présentes dans la société et face au développement de psychopathologies telles que la dépression? C'est ce qui sera maintenant exploré.

Dans son livre « Adolescence et crise, la quête de l'identité » - qui a inspiré depuis de très nombreuses recherches sur la psychologie de l'adolescence – Erikson (1972) considère que la tâche essentielle de cette étape de la croissance est la « redéfinition de l'identité ». L'adolescent est, en effet, conduit à faire l'inventaire de toute une gamme de possibilités d'émotions, de besoins nouveaux qui surgissent avec le déclenchement pubertaire et ne peuvent s'intégrer à l'image de soi construite à partir des identifications de l'enfance sans les remanier profondément. Le dynamisme du processus de croissance pousse alors l'adolescent à explorer de nouveaux modes d'expression de ses capacités et de ses besoins. Il va le faire en expérimentant de nouveaux modèles et en imaginant différentes solutions aux problèmes posés par son adaptation à la réalité et à la vie

sociale. Et il va de soi que l'Instrument privilégié de cette recherche est la pensée formelle qui, comme l'a montré Piaget, lui procure précisément cette capacité d'élaborer des hypothèses et d'en vérifier le bien-fondé, soit d'imaginer différentes solutions possibles à un problème posé pour déterminer, après des expériences successives, quelle est la meilleure solution pour lui.

Mais cette tâche de redéfinition de l'identité ne va pas de soi et Marcia (1966) a identifié différentes phases (« statuts identitaires ») possibles de ce développement susceptibles de nous éclairer : la *forclusion identitaire*, la *diffusion identitaire*, la *moratoire identitaire* et la *réalisation identitaire*. Le paradigme de statut identitaire de Marcia a généré de nombreuses recherches et plus de 500 études empiriques l'ont utilisé au cours des trente dernières années (Waterman, 1999). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il apparaît être une référence importante pour mieux comprendre cette tâche de redéfinition de l'identité chez l'adolescent.

La *forclusion identitaire* vient de ce que l'adolescent ne parvient pas à appliquer sa pensée formelle, même si elle est bien développée (dans le domaine logico-mathématique et des agencements conceptuels), à la sphère sociale et demeure ainsi imperméable à des événements ou des rencontres qui devraient normalement entraîner une modification de ses opinions et de ses schèmes de valeurs. Tout en ayant développé l'outil des remises en question, il demeure branché, par besoin de sécurité, sur les valeurs reçues dans son enfance (Rowe & Marcia, 1980). Ces jeunes ont alors beaucoup

de mal à procéder à une remise en question de leur modèle de croissance qui menacerait leur sentiment d'appartenance et leur besoin de considération sociale.

Mais le risque qui semble majeur pour les adolescents d'aujourd'hui est celui de la *diffusion identitaire*. Étant nés et ayant grandi dans la société postmoderne, éduqués par des parents de cette génération qui l'ont appelé la « me generation », nombre d'entre eux n'ont pas suffisamment connu les interdits protecteurs qui les auraient aidés à concilier leurs besoins à la réalité sociale. Ils abordent donc l'adolescence avec une identité d'enfants fragiles et, plutôt que de s'engager vers la construction d'une nouvelle identité, risquent de se laisser aller au gré des besoins nouveaux qui surgissent en eux et qui sont alimentés par la société actuelle sans réussir à s'engager et se positionner à travers des choix qui lui sont propres. C'est ce que Marcia (1966) appelle une identité diffuse. Le *moratoire identitaire* qui représente l'engagement dans la recherche d'identité ne peut donc s'amorcer tant que les besoins individuels l'emportent sur les responsabilités sociales. Ces jeunes sont ainsi davantage à la merci du climat engendré par la postmodernité où les valeurs, autrefois fondées sur l'autorité, sont aujourd'hui livrées aux préférences individuelles.

Le *moratoire identitaire* est le moment où l'adolescent entreprend vraiment de redéfinir son identité après avoir surmonté les obstacles qui le maintiennent dans la forclusion ou l'entraînent dans la diffusion. C'est une période d'exploration, de questionnements intenses avec une quête d'engagement.

Enfin, la *réalisation identitaire* correspond au moment où l'adolescent, après avoir exploré différents domaines de vie, s'engage à travers des choix personnels qu'il est en mesure d'expliquer rationnellement et qui lui apporte, par le fait même, un sens à sa vie.

L'adolescence et la dépression

Depuis quelques années, plusieurs études portent sur la dépression chez les jeunes et les résultats sont préoccupants. On observe en effet une augmentation des dépressions diagnostiquées chez les adolescents, les filles étant les plus susceptibles d'être affectées par ce trouble de l'humeur (Mouren-Siméoni & Bouvard, 1997). Fait intéressant, il existerait un plus grand risque pour les individus nés à la fin du XX^e siècle de présenter un trouble de l'humeur (dépression modérée surtout) à un âge plus précoce que les autres (Ryan et al., 1992). Les idées et tentatives suicidaires seraient également fréquentes chez les adolescents. Une étude de Ryan (2005) indique que 8 % des jeunes auraient des idéations suicidaires alors qu'une autre étude montre que 39 % des adolescents dépressifs en aurait (INSERM, 2003). Marcelli (1998) démontre d'ailleurs une corrélation nette entre la dépression et les tentatives de suicide. Fait troublant, moins de la moitié de ces jeunes souffrant de dépression seraient traités (Ryan, 2005). Les troubles comorbides, souvent présents dans un diagnostic de dépression, influenceraient le risque de récurrence de la dépression, la durée des épisodes, les tentatives de suicide et la réponse au traitement. La comorbidité dépression et trouble anxieux, par exemple, augmenterait la sévérité des symptômes dépressifs, le risque d'abus de substances et le risque suicidaire (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles, & Hill, 1991).

Les traitements sont multimodaux, c'est-à-dire axés à la fois sur un traitement médicamenteux (antidépresseurs et anxiolytiques) et sur des thérapies psychothérapeutiques (les thérapies cognitives-comportementales [TCC] semblent ici davantage recommandées). Une prise en charge hospitalière peut être prescrite lors d'une dépression majeure et/ou lors d'une tentative suicidaire. Concernant les traitements médicamenteux, dans une enquête menée en France auprès de 2700 jeunes âgés entre 12 et 25 ans et intitulée « Baromètre Santé » (Guilbert, Gautier, Baudier, & Trugeon, 2000), 2,3 % des garçons et 6,5 % des filles disaient consommer des antidépresseurs et près de 8 % des anxiolytiques. Enfin, des études longitudinales effectuées de l'adolescence à l'âge adulte (Rao et al., 1995) indiquaient que la dépression persistait à l'âge adulte avec des taux de récurrence de 60 à 70 %. Le début de la maladie serait donc à considérer dans cette perspective puisqu'elle prédisposerait l'individu à des épisodes dépressifs ultérieurs.

En résumé, la période de l'adolescence est une période de redéfinition identitaire qui peut se voir fragilisée par le contexte social. Marcia, en identifiant différentes phases possibles reliées à cette étape du développement, aide à mieux saisir comment un adolescent qui n'a pas suffisamment connu et intériorisé les interdits protecteurs lui permettant de concilier ses besoins à la réalité sociale peut se voir entrainer par ses besoins qui, dans une société de consommation, peuvent s'avérer multiples. Toutefois, il repousse ainsi, sans le savoir, la redéfinition de son identité et risque de faire face à un vide identitaire lorsque ses projets multiples reliés à ses besoins s'épuisent. Les

recherches actuelles démontrent combien cette période peut s'avérer cruciale dans le développement de certaines psychopathologies telles que la dépression puisqu'elle risque de prédisposer l'individu à des épisodes dépressifs ultérieurs qui peuvent devenir de plus en plus difficiles à traiter.

Chapitre 2

L'optimisme

Un point de vue psychologique : vers une psychologie positive, du pessimisme à l'optimisme

Bien que la dépression soit le produit d'une interaction complexe entre des éléments biologiques, psychologiques et sociaux (Patten & Juby, 2008), les données actuelles concernant la dépression chez les adolescents interpellent d'un point de vue psychologique et orientent notre réflexion vers des pistes d'intervention susceptibles de venir contrer le pessimisme ambiant de notre société et le vide de sens qui semble contribuer au développement de cette psychopathologie. La psychologie positive et les psychothérapies cognitives de troisième génération seraient-elles susceptibles de réhabiliter l'optimisme? C'est ce qui sera maintenant abordé dans ce chapitre.

Alors que la psychologie s'était davantage concentrée, avec les thérapies cognitives, sur la psychopathologie et la symptomatologie, on assiste, depuis les années 2000, au retour de certains thèmes provenant de l'approche humaniste axés sur une psychologie de la santé, mais cette fois, abordée sous un angle différent. Le courant de la psychologie positive, initié par Martin Seligman, s'impose de plus en plus ainsi que les thérapies cognitives de troisième génération¹ telles que la thérapie cognitive fondée sur la pleine

¹ « La première de ces « vagues » au sein des TCC correspond à l'approche comportementale. La seconde à l'intégration de l'approche cognitive. La « troisième vague » se centre davantage sur les aspects émotionnels et regroupe les approches nouvelles que sont l'ACT, la thérapie dialectique, la thérapie basée sur la pleine conscience et la thérapie analytique fonctionnelle. » (Monestès & Villatte, 2008, p.1).

conscience (*Mindfulness-based cognitive therapy* – MBCT), initiée par Jon Kabat-Zinn et Zindel Segel et la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT), initiée par Steven C. Hayes, qui reprennent bon nombre des objets d'étude de l'humanisme à leur compte. En effet, on observe un intérêt croissant pour le thème du bien-être psychologique, celui des questions existentielles et celui du développement des potentialités du client. Considéré comme une personne capable de conscience de soi, d'autodétermination et de choix, celui-ci n'est plus considéré comme étant entièrement conditionné par des forces internes ou externes. Toutefois, ces courants psychologiques diffèrent de l'humanisme par leur méthode. En effet, ils insistent sur l'importance d'une recherche scientifique conventionnelle et adoptent, à cet effet, une méthode quantitative afin de se fonder sur des faits mesurables.

On observe également, en parallèle, un intérêt croissant de la population pour le bien-être psychologique et pour ce que l'on appelle le bonheur. Tal Ben-Shahar explique ce phénomène de la manière suivante :

Si le désir de mener une vie meilleure et la réflexion qui l'accompagne transcendent le temps et l'espace, on distingue actuellement certains éléments caractéristiques qui contribuent à expliquer cette forte demande pour la psychologie positive. Aux États-Unis, le nombre de dépressifs est dix fois plus élevé que dans les années 60 (Ben-Shahar, 2008, p. 26).

En adoptant cette perspective d'une psychologie positive, le thème de l'optimisme sera maintenant exploré afin de voir de quelle façon il peut nous mener vers une piste d'intervention susceptible de venir contribuer au mieux-être des adolescents.

L'historique des concepts de l'optimisme et du pessimisme

Dans son article « The Future of Optimism », Christopher Peterson (2000) s'intéresse à l'optimisme et retrace les études qui ont été faites à son sujet. Pour remédier à certaines psychopathologies, l'auteur considère qu'il est tout aussi important de s'intéresser à la culture du bien-être qu'à la façon de traiter les psychopathologies existantes. C'est dans cette perspective que l'optimisme lui semble être un sujet d'étude particulièrement pertinent. Plusieurs recherches, dont il sera question plus loin dans cet essai, montrent en effet qu'il peut accélérer le processus de guérison chez certaines personnes malades ou faciliter des choix de stratégies d'adaptation qui se révèlent plus efficaces lors de stress importants.

L'optimisme, selon Peterson (2000), peut se définir comme une croyance qui concerne ce qui va se produire dans le futur. Cette croyance engendre chez l'individu de forts sentiments de confiance et devient dès lors, pour lui, une source de motivation. L'optimisme n'est donc pas simplement une activité cognitive qui permet d'anticiper de manière positive le futur, il s'inscrit dans le registre de l'affectivité. C'est d'ailleurs dans la mesure où la croyance engendre des sentiments que, lorsque pessimistes et optimistes se confrontent, certains aspects défensifs apparaissent de part et d'autre. Alors vient la question de savoir si l'optimisme fait partie inhérente de la nature humaine ou relève d'une différence individuelle. En retraçant l'histoire des études sur l'optimisme, l'auteur rappelle qu'il a été l'objet de plusieurs critiques. Nietzsche considérait que l'optimisme prolongeait la souffrance humaine en maintenant l'humain dans une illusion sur une

réalité qu'il aurait à confronter un jour où l'autre. Il était préférable, selon ce philosophe, de confronter les durs faits de la réalité. Freud, dans « The future of an illusion » (1928), souligna que l'optimisme était nécessaire pour que la civilisation soit possible. Les croyances religieuses sur l'après-vie (représentant l'optimisme religieux) étaient, selon lui, très utiles, mais avaient pour grave contrepartie le déni de notre instinct naturel ainsi que le déni de la réalité. Selon Freud d'ailleurs, l'optimisme religieux serait à l'origine de l'universelle névrose obsessionnelle de l'humanité. Bien que l'optimisme puisse en effet faire partie de la nature humaine, dans la mesure où il provient des conflits entre les instincts et la civilisation, Freud pensait que certains individus éduqués n'avaient pas besoin de l'illusion qu'il procure. Toutefois, il était mieux, disait-il, pour la masse, de conserver l'illusion d'un Dieu qui les conduirait dans l'après-vie et qui les punirait s'ils transgressaient les lois. Puisqu'une interdiction rationnelle ne suffisait pas pour conserver l'ordre social, il fallait en effet que les lois proviennent directement d'un Dieu tout-puissant.

L'équation entre optimisme et illusion est devenue, après Freud, de plus en plus populaire. À partir des années 1930 jusque dans les années 1960, plusieurs psychologues vont considérer que la santé psychologique relève de la capacité d'appréhender la réalité telle qu'elle est : « quand ce que voit l'individu correspond à ce qui est effectivement là » (Joahoda, cité par Peterson, 2000, traduction libre). Le test de la réalité devient dès lors une technique que plusieurs psychologues vont privilégier afin d'aider dans leur approche thérapeutique.

Dans les années 60 et 70, cette thèse commence à se transformer. Peterson rapporte à ce sujet plusieurs conclusions de recherches très convergentes. Matlin et Stang (1978) mettent en évidence, à travers leurs recherches, que les individus ont tendance à utiliser plus de mots positifs dans leur vocabulaire que de mots négatifs et à se décrire d'une manière plus positive que lorsqu'ils ont à décrire autrui. Lazarus, en 1983, parlera à son tour du « déni positif » et montrera comment ce dernier peut être associé au bien-être dans le sillage de l'adversité. Par la suite, Taylor et Brown constateront, en 1988, à la suite de plusieurs études, que les individus ont un biais positif dans leur appréhension de la réalité à l'exception des personnes anxieuses ou dépressives. Taylor parlera d'ailleurs de « l'illusion positive » (tendance à se voir sous le meilleur jour possible) comme signe de bien-être. En 1991, Beck, qui avait auparavant décrit les personnes non dépressives comme étant plus réalistes, revient sur ses propos en affirmant qu'elles ont cette faculté de pouvoir appréhender leur expérience et anticiper leur futur à travers un biais positif.

Selon Peterson (2000), l'argument le plus solide en faveur d'un optimisme comme une partie inhérente de la nature humaine a été exposé par Tiger, en 1979, dans son livre « Optimism: The biology of hope », où il développe la thèse selon laquelle l'optimisme est l'une des caractéristiques adaptatives qui définit le plus l'espèce humaine et qui s'est développé au cours de la sélection naturelle à travers nos habiletés cognitives et le développement de notre culture. En effet, dans la mesure où l'optimisme conduit à une réflexion sur le futur, il aurait pu se développer à partir du moment où l'humain aurait commencé à anticiper son futur, à imaginer les conséquences de ses actes et à entrevoir

sa propre mortalité. « Quelque chose devait alors se développer pour contrecarrer la terreur et la paralysie engendrées par la perspective d'une incontournable mort. Ce quelque chose fut l'optimisme. » (Peterson, 2000, traduction libre). Selon Tiger (1979), l'optimisme est donc une partie inhérente de la nature humaine qui ne dérive d'aucune autre caractéristique psychologique.

Les chercheurs qui s'intéressent aux différences individuelles se sont alors penchés sur cette caractéristique apparemment présente chez tous les individus et ont découvert qu'elle s'exprimait à des degrés différents selon les personnes. C'est à partir de cette constatation que plusieurs d'entre eux ont tenté de comprendre ce qui, dans l'expérience d'un individu, pouvait ou non limiter la pleine expression de l'optimisme. Julian Rotter (1966) dit Peterson s'est intéressé à l'importance que pouvait avoir le « lieu de contrôle » (*locus of control*) sur cette expression. Selon cet auteur, lorsqu'un individu expérimente tôt un sentiment de contrôle sur divers événements, il sera par la suite en mesure de généraliser des attentes optimistes face au futur. Quant à lui, Tolman (1932) parlera de l'importance de l'apprentissage par contingence pour l'expression de l'optimisme. Cette forme d'apprentissage étant, selon lui, susceptible d'expliquer certaines généralisations faites par l'individu sur son futur. Enfin Seligman, à partir des études sur l'impuissance acquise, expliquera comment des individus en viennent à développer un « mode d'explication » (*explanatory style*) des événements vécus. Abramson, Seligman et Teasdale (1978) notent, en effet, que lorsqu'un individu expérimente une absence de relation causale entre ses actions et les conséquences qui

suivent, il développe une impuissance chronique (« peu importe ce que je fais, il n'y aura pas d'effet sur la situation »). Ces individus prennent alors l'habitude d'expliquer et d'anticiper les événements futurs d'une manière négative, à l'inverse de ceux qui ont, au contraire, expérimenté un sentiment de contrôle interne sur leurs expériences antérieures. Ce mode d'explication du monde aurait engendré un pessimisme qui serait à l'origine de troubles psychopathologiques tels que passivité, dépression, consommation, etc., alors que l'optimisme aurait, en élaborant un autre mode d'explication, davantage développé un sentiment de confiance permettant une mobilisation des ressources en vue de l'action. À la lumière de ces recherches, il est possible de dire que l'optimisme serait une attente généralisée concernant l'avenir qui influence tous les processus psychologiques dans lequel l'apprentissage est impliqué.

Les instruments de mesure et les recherches sur l'optimisme

Plusieurs questionnaires ont été élaborés afin de mieux cerner cette caractéristique. Peterson et al. (1982) ont développé le ASQ (*Attributional Style Questionnaire*) qui vise à identifier la cause de diverses situations et le mode d'explication des individus. Selon eux, lorsque la cause identifiée est interne et stable, l'individu aura tendance à être pessimiste alors qu'en revanche, lorsque la cause est externe et situationnelle, il sera optimiste. De leur côté, Scheier, Carver et Bridges (1994) ont développé le LOT (*Life Orientation Test*) qui mesure une attente globale face au nombre d'événements positifs ou négatifs liés à l'avenir. Ces derniers auteurs se sont également intéressés à la façon dont un individu, lorsqu'il possédait une disposition à l'optimisme, était en mesure de

poursuivre les buts qu'il considérait désirables. Ils ont constaté que ces individus étaient enclins, face aux difficultés et aux obstacles, à poursuivre leurs efforts, contrairement aux pessimistes qui laissent tomber leur projet. Ce qui rejoint d'ailleurs ce que le moine philosophe Matthieu Ricard (2003) identifiait dans un des chapitres d'un de ses livres, chapitre consacré à l'optimisme et au pessimisme :

Lorsqu'une difficulté semble insurmontable, les optimistes réagissent de façon plus constructive et créatrice : [...] ils savent rapidement considérer l'adversité sous un aspect positif, en tirer un enseignement et envisager une solution de rechange ou se tourner vers un autre projet. Les pessimistes vont plutôt [...] adopter des stratégies de fuite : recourir au sommeil, à l'isolement, à la boulimie, à l'usage de drogue ou d'alcool qui diminuent la prise de conscience de leurs problèmes. Au lieu de les affronter avec détermination, ils préféreront ruminer leur malheur et se nourrir de fantasmes. Ils sont plus fatalistes et deviennent facilement de simples pions dans le jeu de la vie. (p. 236)

Ces questionnaires ont permis de faire de nombreux liens entre l'optimisme et diverses variables comme la santé, la persévérance, la réussite scolaire et professionnelle et les stratégies d'adaptation efficaces (Carver et al., 1993; Scheier & Carver, 1987). Dans l'ouvrage de Seligman « Authentic Happiness » (2002), s'ajoute aux bienfaits de l'optimisme cités plus haut de meilleures réussites dans la vie privée (couple, ami(e)s), une plus longue espérance de vie, moins de propension à la dépression et aux idées suicidaires. Concernant ce dernier point, les pessimistes auraient huit fois plus de chances de sombrer dans la dépression lorsqu'ils sont confrontés à des événements négatifs. Il a de plus été démontré que c'était bien le pessimisme qui aggravait la dépression et non le contraire (Seligman, 1994). Chez les adolescents, les optimistes rapporteraient un niveau d'estime de soi plus élevé et auraient moins de détresse psychologique (Creed, Patton, & Bartrum, 2002). Ils manifesteraient plus de joie et de

bien-être (Ben-Zur, 2003). Dès lors, l'optimisme semble devenir un facteur de protection susceptible de contrecarrer le développement de certaines psychopathologies.

L'optimisme partiel et l'optimisme global selon Peterson

Dans la mesure où l'optimisme semble représenter une caractéristique inhérente de l'espèce humaine et dans la mesure où elle est susceptible d'engendrer différents aspects positifs dans la vie d'un individu, elle devient dès lors une caractéristique qui vaut la peine d'être explorée pour être en mesure d'identifier les conditions de son développement.

C'est d'ailleurs ce que fait Peterson (2000, p. 49). En distinguant deux sortes d'optimisme, il met à jour quelque chose d'essentiel. Selon lui, il existe d'une part ce qu'il appelle « little optimism », puisqu'il s'adresse à de petites attentes spécifiques sur les conséquences positives de nos décisions. Il peut être le produit de l'apprentissage puisqu'il mène à des conséquences attendues dans des situations concrètes. Il pourrait être traduit par « l'optimisme partiel » puisqu'il s'agit d'attentes spécifiques provenant de projets concrets. Le sens qui y est investi est davantage à court terme (par ex. : obtenir tel emploi pour avoir tel salaire). Pour le mesurer, l'auteur fait référence au questionnaire ASQ (*Attributional Style Questionnaire*) qui se concentre sur les causes spécifiques d'événements.

D'autre part, Peterson identifie ce qu'il appelle « big optimism », qui pourrait être traduit par « optimisme global ». Ce dernier fait référence à des attentes plus grandes et beaucoup moins spécifiques. Ici, le sens qui y est investi est davantage à long terme (par ex. : notre nation est sur le point d'accomplir quelque chose de merveilleux concernant l'environnement ou la croyance que seule l'entraide peut apporter un sentiment de bonheur). Selon lui, c'est le questionnaire LOT (*Life Orientation Test*) qui va réussir à mesurer ce type d'optimisme. L'auteur nous dit que c'est davantage l'optimisme global qui représente la caractéristique de base inhérente à l'individu et qui a permis à l'espèce humaine de survivre. Les croyances ou attentes envers l'avenir qui sont ici plus générales ont été élaborées au fil des siècles, à travers la culture, et véhiculées par les diverses sociétés. Cet optimisme global conduirait davantage, nous dit-il, à des conséquences désirables puisqu'il procurerait un état général (et non spécifique) de vigueur et de résilience. Peterson (2000) émet l'hypothèse que cet optimisme exercerait une plus grande influence sur le bien-être que ne le fait l'optimisme partiel et pourrait être transmis par tuteur d'optimisme, comme le font les tuteurs de résilience¹ (p. 50).

Puisque l'optimisme partiel peut être le produit de l'apprentissage et puisqu'il mène à des conséquences attendues dans des situations concrètes, il s'avère dès lors possible d'élaborer un programme susceptible d'enseigner des alternatives aux généralisations

¹ Un tuteur de résilience est une personne qui deviendra significative auprès d'un enfant ou adolescent ayant vécu un traumatisme. Elle saura rendre possible la reprise de son développement, en lui permettant, entre autres, de reprendre confiance en lui afin qu'il puisse envisager des projets d'avenir de façon positive. Un tuteur d'optimisme pourrait, à son tour, permettre à un jeune ayant une forte propension au pessimisme, de réorienter la vision de son avenir d'une manière positive.

négligentes qui ont été faites au cours de l'apprentissage. C'est d'ailleurs ce que Seligman a fait. Après avoir publié en 1994 son livre intitulé « Apprendre l'optimisme », il a mis en place en 1995, dans une école primaire, un programme d'intervention utilisant des stratégies provenant des thérapies cognitivo-comportementales afin d'enseigner aux élèves comment être plus optimistes. Les résultats suggèrent d'ailleurs que les épisodes de dépression chez ces élèves ont été moins fréquents (Gillham, Reivich, Jaycox, & Seligman, 1995).

Mais comme le soulignent également Seligman et al. (1984), les réponses d'individus pessimistes peuvent également être le reflet de quelque chose de plus profond, par exemple les valeurs transmises par « modeling » dans la société. Elles peuvent ainsi venir influencer le développement de l'optimisme global. Puisque l'apprentissage social peut contribuer à développer l'optimisme par modeling, la société devrait dès lors être plus attentive aux messages envoyés qui sont souvent contradictoires ou irréalistes et qui peuvent engendrer, par le fait même, un pessimisme global dissimulé. En effet, alors que la société envoie comme message qu'il est possible d'obtenir tout si nous le voulons et valorise par là, d'une certaine manière, l'optimisme partiel, elle nous met, au même moment, face à des réalités qui sont susceptibles d'engendrer pessimisme et désespoir face au sens profond que l'on peut essayer de donner à la vie. S'ajoute à cela la multiplicité des connaissances, la valorisation du libre-choix, l'éclatement des valeurs et une perte de sens typique, comme nous l'avons vu,

d'une société postmoderne. Le risque de développer un pessimisme global ne fait alors que s'accroître.

Christopher Peterson nous a toutefois déjà souligné que l'optimisme global représentait, à son avis, la caractéristique inhérente de l'individu qui avait permis à l'espèce humaine de survivre et que cet optimisme, véhiculé essentiellement par les valeurs transmises par les sociétés, était davantage susceptible de conduire à des conséquences désirables puisqu'il procurait un état général (et non spécifique) de vigueur et de résilience. Malgré l'éclatement des valeurs et la multiplication des points de vue, une réflexion semble aujourd'hui s'imposer concernant les buts qu'une société se donne comme étant les plus désirables. En réhabilitant l'optimisme global comme source importante de motivation pour l'individu, l'auteur ouvre une voie de recherche sur le problème soulevé par l'analyse de la société qui a fait l'objet de la première partie de ce travail. En effet, ses recherches nous montrent à quel point le pessimisme ambiant et la culture de l'individualisme ont pu être dommageables pour l'individu en le privant de cette puissante source de motivation qu'est l'optimisme global et en affaiblissant ses liens sociaux. Elles nous invitent donc à interroger les valeurs existantes de la société qui sont à la source de plusieurs psychopathologies et nous orientent vers une direction fort intéressante à travers l'idée d'un tuteur d'optimisme global qui pourrait s'inspirer des recherches faites sur la résilience et sur les tuteurs de résilience.

Chapitre 3

Peut-on développer l'optimisme?

Cette réflexion sur les conséquences du pessimisme engendrées par la postmodernité et les recherches sur les conditions qui peuvent permettre d'y remédier nous confrontent à un défi important face à la société actuelle. Après une telle étude, nous réalisons clairement qu'il ne nous suffit plus de tenter de remédier, avec nos outils habituels, aux psychopathologies existantes, même si cette tâche évidemment s'impose, mais qu'il peut être important de travailler à les prévenir en promouvant, face au pessimisme ambiant, un apprentissage de cet optimisme à la fois partiel et global qui semble inhérent à notre nature et qui a été trop longtemps refoulé comme une illusion. C'est d'ailleurs ce qui sera abordé dans les Chapitres 3 et 4. Dans un premier temps, le programme d'apprentissage de l'optimisme partiel de Seligman sera exploré afin de voir de quelle façon il peut venir en aide aux adolescents d'aujourd'hui. Puis, dans un deuxième temps, la thérapie d'acceptation et d'engagement sera à son tour étudiée puisqu'elle semble offrir une voie prometteuse pour la redéfinition des valeurs chez l'adolescent qui invite à un engagement.

Dans un premier temps, le programme d'intervention individuel de Seligman, présenté dans son livre « Apprendre l'optimisme »¹ (1994), sera exposé dans ce chapitre.

¹ Aucun titre n'a été donné à ce programme qu'il décrit dans son ouvrage « Apprendre l'optimisme » (1994) ainsi que dans « La force de l'optimisme » (1996).

Suite à une recension des écrits, ce programme s'est avéré le seul disponible et susceptible de servir une psychothérapie individuelle auprès d'adolescents. Devant le manque de connaissances, il demeure une référence incontournable et marque d'ailleurs le virage conceptuel de Seligman pour une psychologie positive. De plus, il a servi par la suite à l'élaboration d'un programme d'intervention de groupe pour enfants et adolescents (le *Penn Resiliency Program*). Le programme d'apprentissage de l'optimisme (partiel) de Seligman est particulièrement pertinent pour des adolescents puisqu'il offre des outils concrets en alliant à la fois une restructuration cognitive et des jeux de rôle à travers, ce que l'auteur appelle l'extériorisation des voix (qui sera explicitée sous peu). Ce programme sera donc exposé en prenant soin d'identifier, au préalable, la démarche réflexive de Seligman qui a conduit à son élaboration, ce qui mettra également en lumière son virage conceptuel où les cibles d'intervention qui, dans un premier temps visaient à contrer les conséquences néfastes du pessimisme, vont désormais viser le développement de l'optimisme, ce qui sera à l'origine du début de la psychologie positive. Par la suite, une limite de ce programme sera soulevée.

Afin de répondre à cette limite du programme de Seligman, la deuxième section de ce chapitre portera sur la thérapie d'acceptation et d'engagement qui offre une voie prometteuse pour une redéfinition des valeurs susceptibles de donner aux jeunes un sens à leur vie; ce qui sera particulièrement pertinent puisque de tels enjeux existentiels, au cours de cette période du développement, sont parfois une source de problématiques cliniques s'ils demeurent confus.

L'optimisme partiel et le programme d'apprentissage de l'optimisme (Seligman)

De l'impuissance acquise au pessimisme

Dans son livre « Apprendre l'optimisme », Seligman (1994) nous invite à retracer sa démarche réflexive qui l'a mené vers une psychologie positive. Ses découvertes des années 70 sur *l'impuissance acquise* (*learned helplessness*) vont progressivement amener Seligman à se pencher sur le phénomène du pessimisme. *L'impuissance acquise* représente l'état dans lequel un individu se retrouve lorsqu'il croit qu'aucun de ses choix n'aura d'incidence sur les événements. Ce concept serait au cœur, nous dit-il, du phénomène du pessimisme. Dans un développement psychologique sain, lorsque les besoins psychologiques et physiques de l'enfant sont satisfaits, on assiste au passage de l'impuissance totale, qui constitue l'état du nourrisson, à la maîtrise personnelle, c'est-à-dire à la capacité d'influencer les événements par des actes volontaires. Bien que de nombreuses dimensions de la vie échappent nécessairement à la volonté de l'individu, plusieurs présentent, en revanche, des possibilités d'actions telles que la manière de vivre, le type de relations entretenues avec les autres ou la nature des activités sportives ou parascolaires. Or, « la façon même dont on considère ce domaine de la vie peut [...] affaiblir ou renforcer la maîtrise que l'on a sur lui. Car la pensée ne se réduit pas à une simple réaction aux événements : elle les modifie. » (Seligman, 1994, p. 17). Ainsi, une personne qui se considère incapable de faire face à une situation risquera de se sentir impuissante devant ce type de situation. Toutefois, tel qu'il en sera discuté sous peu, en identifiant clairement ses possibilités d'actions, le jeune sera appelé à se mobiliser pour changer sa philosophie de vie.

Abramson, Seligman et Teasdale (1978) se sont intéressés à cette façon qu'ont les individus d'interpréter les événements de vie qui tirerait ses racines de l'impuissance acquise. Ils les appellent les *modes d'explication (ou styles attributionnels ou explicatifs)* qui sont de véritables habitudes mentales. Or, à l'instar des découvertes cognitives concernant la capacité effective qu'a l'individu de choisir sa manière de penser, les auteurs ont entrepris d'étudier ces modes d'explication, parfois nuisibles pour l'équilibre psychologique, afin d'explorer la façon de les modifier. C'est ainsi que les modes d'explication pessimistes et les modes d'explication optimistes ont pu être identifiés. Ces modes d'explication s'avèreraient d'autant plus importants qu'ils agiraient comme modulateurs du sentiment d'impuissance. Ainsi, un mode d'explication optimiste arrêterait le sentiment d'impuissance et dynamiserait l'individu alors qu'un mode pessimiste aurait pour effet de le démobiliser en augmentant son sentiment d'impuissance (Seligman, 1994). Or, puisque l'optimisme et le pessimisme relèvent d'un mode d'explication, ils peuvent être modifiables.

Plus récemment, afin de mieux distinguer ces modes d'explication et à des fins de recherche, Peterson et ses collaborateurs (1982) ont créé le questionnaire *ASQ - Attributional Style Questionnaire*¹, dans lequel trois dimensions fondamentales

¹ Dans l'article intitulé « The Attributional Style Questionnaire », Peterson et ses collaborateurs (1982) démontrent la validité de leur questionnaire auprès d'un échantillon de 130 étudiants universitaires de 1^{er} cycle. Ils rapportent une cohérence interne (alpha de Cronbach, α) pour le score composé (des trois sous-échelles : Intériorisation, Permanence et Universel) du style attributionnel relié aux événements positifs de 0,75 et pour le score composé du style attributionnel relié aux événements négatifs de 0,72. La fidélité test-retest (r de Peterson) étant de 0,70 pour le score du style attributionnel relié aux événements positifs et de 0,64 pour le score composé du style attributionnel relié aux événements négatifs.

sont identifiées afin d'établir le degré de pessimisme ou d'optimisme d'un individu : ces dimensions étant la permanence (ou stabilité); la généralisation (ou globalité) et la personnalisation (ou internalisation). Elles seront explicitées puisqu'elles permettront de mettre en lumière le fonctionnement cognitif associé au mode d'explication pessimiste (en relation avec l'adversité, des événements jugés négativement) et optimiste (en relation avec le succès, des événements jugés positivement). De plus, elles constituent des cibles d'intervention sur lesquelles il sera possible d'agir en psychothérapie, comme il en sera question au Chapitre 4 intitulé « Vers un optimisme partiel et global : Essai d'intégration des deux approches dans un modèle d'intervention individuel auprès d'adolescents ».

La dimension « permanence mise en relation avec l'adversité (ou échec) » suggère que le pessimiste aura tendance à voir les événements négatifs comme des phénomènes permanents qui persisteront. Il aura recours à des mots tels que *toujours* et *jamais* et sera susceptible de dire des phrases telles que « il n'y a aucune raison que cela change ». Cette interprétation aura l'effet d'augmenter son sentiment d'impuissance face à la suite des événements. En opposition, l'optimiste saura résister à l'impuissance en interprétant l'événement négatif comme une difficulté passagère. Il aura davantage recours à des mots tels qu'*aujourd'hui* ou ces *derniers temps* et aura ainsi tendance à dire des phrases telles que « j'ai eu de la malchance aujourd'hui ». Seligman précise qu'il est normal de se sentir impuissant devant un échec ou un événement négatif. Toutefois, ce qui distinguera le pessimiste de l'optimiste sera la durée de ce sentiment. L'optimisme saura

rebondir face à cet événement grâce à sa façon de l'interpréter qui favorisera la vigueur et la résistance au sentiment d'impuissance contrairement au pessimiste chez qui ce sentiment persistera puisqu'il sera nourri par son mode explicatif. En revanche, la dimension « permanence mise en relation avec les succès (ou événements positifs) » suggère à l'opposé que le pessimiste, devant des événements qu'il juge positifs, va tendre à les expliquer en ayant recours à des situations provisoires : « j'ai eu de la chance aujourd'hui » alors que l'optimiste aura recours cette fois à la permanence : « j'ai toujours de la chance », invoquant également des traits de caractère ou des compétences susceptibles d'expliquer ces événements heureux : « je suis doué ».

La deuxième dimension « universelle (ou généralisation) mise en relation avec l'adversité (ou échec) » met en lumière combien, face à l'adversité, une explication à portée universelle risque de provoquer un sentiment d'impuissance s'articulant dans tous les aspects de la vie de la personne. C'est d'ailleurs ce que fait le pessimiste, avec sa tendance catastrophique, en transformant un simple événement fâcheux en véritable désastre dans toutes ses sphères de vie, d'où la généralisation. L'optimiste, face à ce type d'événement, optera quant à lui pour une explication soulignant le particulier de la situation, ce qui contiendra ainsi ce possible débordement. En revanche, la dimension « universelle (ou généralisation) mise en relation avec le succès » indique que face à des situations positives, de bonheur, l'optimiste aura cette fois recours à la généralisation alors que le pessimiste n'arrivera à expliquer cet événement que par l'intervention de

facteurs précis et limités. Ainsi, suite à un résultat d'examen, le pessimiste l'expliquera en disant « je suis fort en chimie » alors que l'optimiste exprimera « je suis intelligent ».

La dernière dimension, l'« internalisation (ou personnalisation) est mise en relation avec l'adversité (ou échec) » concerne la façon de s'approprier ou non la responsabilité d'événements négatifs. Alors que le pessimiste aura tendance à endosser la responsabilité de ces événements en les intériorisant, ce qui aura l'effet de générer progressivement une perte d'estime de soi, l'optimiste, quant à lui, reportera la responsabilité de ces événements fâcheux sur autrui ou sur les événements, en les extériorisant, ce qui préservera son estime personnelle. Ainsi, le pessimiste dira « C'est de ma faute » alors que l'optimiste dira « les conditions n'étaient pas favorables ». Enfin, « l'intériorisation (ou personnalisation) mise en relation avec le succès (ou bonheur) » montre qu'à l'opposé, le pessimiste aura tendance à attribuer le mérite des événements positifs à d'autres personnes ou aux circonstances alors que l'optimiste se considèrera responsable de ces événements.

Ces trois dimensions explicitées dans le questionnaire ASQ vont permettre, à partir du score obtenu, suite à l'administration du test, de connaître le mode d'explication privilégié d'un individu¹. Le Tableau 2 présente un résumé de ce que peut représenter la

¹ Le score obtenu va également permettre d'identifier le niveau d'optimisme ou de pessimisme d'un individu. Ainsi, un individu pourra être considéré comme étant : a) un grand optimisme; b) un optimisme tempéré; c) un optimisme se situant dans la moyenne; d) un pessimisme modéré; ou e) un pessimiste profond.

définition du pessimiste et de l'optimiste en fonction de son mode explicatif face aux événements négatifs ou positifs.

Tableau 2

Modes d'explication pessimiste et optimiste en fonction des trois dimensions identifiées dans l'ASQ et reliées aux événements négatifs et positifs

Mode d'explication (Style attributionnel)	Pessimiste		Optimiste	
	Négatifs	Positifs	Négatifs	Positifs
Événements				
Dimension : Intériorisation	Intériorisation	Extériorisation	Extériorisation	Intériorisation
Dimension : Permanence	Permanence	Transitoire	Transitoire	Permanence
Dimension : Universel	Universel	Particulier	Particulier	Universel

Plusieurs variantes de l'ASQ ont par la suite été développées en fonction d'un public ciblé. Par exemple, pour les enfants, le *Children's Attributional Style Questionnaire* – CASQ a été validé (Kaslow, Tannenbaum, & Seligman, 1978). Dans le domaine scolaire, l'*Academic ASQ* (Peterson & Barrett, 1987) a été validé ainsi que dans le domaine du sport, le *Sport Attributional Style Scale*. Une méthode d'analyse de contenu à partir de matériel écrit ou oral a également été développée : le *Content Analysis of Verbatim Explanations* ou CAVE (Peterson, Schulman, Castellon, & Seligman, 1992). Il consiste à repérer les attributions d'un individu dans l'écrit ou l'oral

et d'identifier si ces attributions relèvent de l'une des trois dimensions explicitées ci-haut. Il est important de souligner qu'il existe, tel que mentionné dans le Chapitre 2, un autre questionnaire pour mesurer l'optimisme, validé par les auteurs Scheier et Carver (1985) : le *Life Orientation Test* – LOT (il a été révisé en 1994 par Scheier, Carver et Bridges). L'optimisme est, dans ce test, conçu comme une variable cognitive qui consiste en une tendance stable qu'aurait l'individu à penser qu'il vivra globalement plus d'expériences positives que négatives au cours de sa vie. Cette mesure, telle qu'indiquée dans le Chapitre 2, serait susceptible de mesurer un optimisme global, source de motivation plus profonde, tel que mentionné par Peterson. Toutefois, aucun programme d'intervention n'a encore fait l'objet de recherches rapportées dans le cadre de cette approche. C'est la raison pour laquelle l'approche de Seligman a été privilégiée, dans le cadre de cet essai, puisqu'elle s'intéresse à un mode d'explication qui peut être modifiable, ce qui permet un travail clinique sur l'optimisme partiel (Peterson, 2000).

Le ASQ, avec ses différentes versions, a permis de nombreuses recherches qui se sont intéressées aux conséquences des modes d'explication sur différentes variables cognitives, émotionnelles ou comportementales. Il a été rapporté qu'un style pessimiste était lié à de plus faibles résultats scolaires (Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1986; Peterson & Barret, 1987), à une moins bonne santé physique ou mentale (Peterson & Bossio, 2000) et à plus de symptômes dépressifs (Gillham, Shatté, Reivich, & Seligman, 2000). Le mode explicatif serait également lié à l'efficacité du système

immunitaire (Brennan & Charnetsky, 2000), à des pensées irrationnelles (Ziegler & Hawley, 2001) et à différents types d'anxiété (Mineka, Pury, & Luten, 1995).

En résumé, les études de Seligman sur l'impuissance acquise l'ont amené à s'intéresser avec Teasdale et Abramson à la question de l'interprétation cognitive que peuvent avoir les individus qui ont tendance à vivre de l'impuissance de manière récurrente devant l'adversité. C'est ce qui a permis la découverte des modes d'explication pessimiste et optimiste. Cette découverte sera au cœur du virage conceptuel de Seligman tel qu'il en sera question d'ici peu. En effet, alors que son objet d'étude privilégié portait sur l'impuissance acquise et les psychopathologies associées, il s'intéressera désormais à l'optimisme dans une perspective développementale afin de découvrir comment intervenir pour aider les individus à accroître leur mode explicatif optimiste, susceptible de leur procurer un mieux-être et un sentiment de maîtrise de leur vie. Cet intérêt pour la culture du bien-être qui diffère de la psychologie de son époque, axée sur la façon de traiter les psychopathologies existantes, signera le début d'une nouvelle approche dont il sera le fondateur, celle de la psychologie positive. Le questionnaire ASQ, qui a été élaboré afin d'identifier chez l'individu son mode d'explication face à des événements négatifs et positifs et d'évaluer sa capacité de rebondir face à des situations de stress, a permis de mettre en lumière que l'individu, qui aura développé un mode d'explication pessimiste, va davantage s'attribuer la responsabilité de ses malheurs, y voyant des phénomènes durables et voués à compromettre tous ses projets. Ce mode d'explication aura l'effet de nourrir son

sentiment d'impuissance et de le démobiliser, ce qui le fragilisera face au développement de psychopathologies telles que la dépression.

Du pessimisme à la dépression

Dans une étude réalisée en 1987, une augmentation importante du taux de dépression chez les adolescents interpelle Seligman (1995)¹. Il tente alors de découvrir l'origine des dépressions courantes que connaît le monde occidental. Selon lui, quatre critères fondamentaux permettent d'identifier un état dépressif : 1) changement négatif de la pensée (transformation de l'image qu'on a de soi, du monde et de l'avenir); 2) changement d'humeur (tristesse, découragement, désespoir); 3) changement de comportement (passivité, indécision et action suicidaire); et 4) changement des fonctions physiologiques (problèmes de sommeil et d'appétit. Plus les symptômes correspondant à ces critères sont nombreux, plus l'intensité est grande et plus il est possible d'identifier l'état dépressif).

L'auteur énonce en ce sens que « l'individu ayant un mode d'explication pessimiste deviendra probablement dépressif en cas de malheur alors que celui qui manifeste un mode d'explication optimiste, mis face à des événements identiques, résistera mieux à la dépression » (Seligman, 1994, p. 65). Ainsi, le style d'interprétation des événements du pessimiste favoriserait la dépression. Par exemple, devant un échec, les sentiments d'impuissance transitoire et limitée qui sont tout à fait normaux seraient transformés par

¹ Alors que la prévalence de dépression sévère chez les adolescents nés aux États-Unis entre 1968 et 1971 était de 4,5 %, elle augmente à 7,2 % chez les adolescents nés entre 1972 et 1974.

les pessimistes en impuissance durable et généralisée. L'espoir ou le désespoir seraient au cœur de ce mécanisme. En effet, le pessimiste qui privilégie un mode d'explication en identifiant des causes permanentes et générales à son échec va, sans s'en rendre compte, projeter son échec présent dans l'avenir et les situations à venir (« je ne réussirai jamais mes études »). De plus, si l'individu se met comme étant à l'origine du problème (personnalisation), son estime personnelle se verra ébranlée, ce qui le fragilisera davantage.

Afin de démontrer le lien entre le pessimisme et la dépression, Seligman entreprend, avec ses collègues, diverses recherches en utilisant son outil de mesure le ASQ. L'une de ces recherches (Seligman et al., 1984) a été menée auprès d'une centaine d'élèves âgés entre 8 et 13 ans. Deux questionnaires leur ont été administrés à deux reprises avec un intervalle de six mois (le CASQ – *Children's Attributional Style Questionnaire* [Kaslow et al., 1978] et le CDI – *Children's Depression Inventory* [Kovacs & Beck, 1977]). Les résultats ont indiqué que les individus au mode explicatif pessimiste présentaient davantage de symptômes dépressifs que ceux ayant adopté un mode d'explication optimiste. De plus, le mode d'explication pessimiste était en mesure de prédire l'apparition de symptômes dépressifs six mois suivant l'administration du test, suggérant ainsi que ce mode pessimiste représentait un facteur de risque pour l'apparition d'une dépression.

C'est une recherche concernant une intervention cognitive, axée sur la modification du mode d'explication qui, selon Seligman et al. (1988), a su le mieux mettre en évidence l'importance que pouvait avoir un mode d'explication pessimiste sur l'état dépressif. L'hypothèse était que si le pessimisme entraînait la dépression, l'apprentissage d'un autre mode d'explication permettrait, dès lors, la réduction des symptômes. L'étude de Seligman et ses collaborateurs (1988), confirme l'hypothèse. Trente-neuf individus ayant reçu le diagnostic de dépression unipolaire ont complété l'ASQ au début d'une thérapie cognitive axée sur la modification de leur mode d'explication. Les résultats ont indiqué, à la fin du traitement, que les patients avaient non seulement amélioré leur style attributionnel en devenant plus optimistes, mais présentaient également moins de symptômes dépressifs. Cette amélioration se maintenait dans le temps au cours de l'année suivante.

Seligman (1994) précise qu'il existe une forme de pessimiste particulièrement à risque de dépression qui semble actuellement prévaloir dans nos sociétés : le pessimiste qui rumine, « non seulement il voit toujours le mauvais côté des choses, mais il se répète inlassablement combien c'est horrible » (p. 70). Il existerait un autre type de pessimiste, plus enclin à l'action qui serait, quant à lui, moins prédisposé à l'état dépressif. Le pessimiste qui rumine va, confronté à une situation négative (échec, menace, perte), en rechercher la cause et en conclure qu'il s'agit d'une cause de nature permanente, générale et personnelle. Il projette ainsi l'impuissance ressentie dans l'avenir. Seligman affirme que cette anticipation de l'impuissance se retrouve constamment chez le

pessimiste qui rumine. Ainsi « toute réminiscence de la menace d'origine entraîne le déroulement de la chaîne complète pessimiste-rumination jusqu'à l'attente de l'échec (ou d'événements négatifs) et à la dépression » (p. 71).

C'est en s'intéressant aux statistiques concernant la dépression que Seligman précise le rôle de la rumination dans la dépression. Dans la mesure où les études indiquent que les femmes sont plus sujettes à la dépression que les hommes (dans un rapport de deux pour un), Seligman, en retraçant les théories susceptibles d'expliquer ce phénomène, s'attarde à celles concernant la rumination. Face à une situation problématique, une femme aura davantage tendance à y réfléchir alors qu'un homme passera plus rapidement à l'action. Or, le pessimisme et la rumination, tels qu'exposés, risquent d'alimenter l'état d'impuissance alors que l'action aura l'effet d'en freiner la progression. Selon l'auteur, la théorie de la rumination peut également expliquer en partie l'épidémie de dépression, en général dans nos sociétés occidentales, et ce, par-delà la différence des sexes « dans la mesure où notre époque est placée sous le signe du moi et qu'elle incite l'individu à disséquer sans cesse ses problèmes, elle crée des conditions propices à l'épidémie. » (Seligman, 1994, p. 75). Les thérapies cognitives de troisième génération (ou troisième vague) vont elles aussi s'intéresser à la rumination et à son impact sur l'état psychique, tel qu'il en sera discuté dans la seconde partie de ce chapitre. Les approches impliquant les techniques de pleine conscience s'emploient d'ailleurs à contrer cette rumination en invitant l'individu à prendre un recul face à son mode interne en portant son attention délibérément « [...] dans l'instant et sans

jugement, aux choses [expériences internes ou externes] telles qu'elles sont.» (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn., 2009, p. 73), et non telles qu'il voudrait qu'elles soient, ce qui aura l'effet de diminuer la rumination. Williams et al. (2009) ont d'ailleurs démontré, dans leur livre intitulé « Méditez pour ne plus déprimer », de quelle façon le discours interne pouvait participer à l'installation de l'état dépressif. Hayes et al. (1999), tel qu'il en sera discuté d'ici peu, montrent, avec la thérapie d'acceptation et d'engagement, comment la rumination peut participer à ce qui va nommer *l'évitement expérientiel* qui est à la source de plusieurs psychopathologies.

Le mode d'explication pessimiste, jumelé à la tendance à la rumination, serait donc susceptible de mener l'individu, confronté à une situation difficile, vers un état dépressif. Dès lors, une thérapie qui pourrait transformer le mode d'explication et inviter à l'action semble particulièrement indiquée, et ce, non seulement pour les personnes ayant reçu un diagnostic de dépression, mais également pour celles enclines à l'impuissance de par leur mode d'explication. Dans une société postmoderne, les adolescents confrontés à une redéfinition de leur identité et prêts à choisir ce qui leur convient le mieux pourront se voir intéressés à explorer les bienfaits de cette approche susceptible de les aider à se sentir mieux, à regagner un certain contrôle sur leur vie en envisageant le futur avec optimisme.

De l'impuissance acquise à l'optimisme acquis : un programme d'intervention

Puisque les modes d'explication relèvent de l'apprentissage, quelle en est la genèse? Le mode d'explication commencerait à se développer et se cristalliserait vers l'âge de sept ans selon Seligman (1994) ou vers les neuf ans selon Nolen-Hoeksema et Girgus (1995). Toutefois, certains événements pourraient le faire évoluer jusqu'à 13-14 ans. Les personnes significatives dans la vie de l'enfant, telles que les parents, les ami(e)s et les enseignants, auraient une grande influence dans le développement de ce mode cognitif. Il semble, à cet effet, que la rétroaction des parents envers le comportement de leurs enfants aurait une influence particulièrement significative et durable sur le développement du mode d'explication (Peterson & Park, 1998). Concernant les enseignants, une étude de Dweck, Davidson, Nelson et Enna (1978) indique que les échecs, chez les garçons, seraient davantage expliqués par l'enseignant en terme de causes externes et instables (par ex. « tu n'écoutais pas le jour où j'ai expliqué cette notion ») alors que chez les filles, ils seraient expliqués en terme de causes internes et permanentes (par ex. « tu es faible en calcul »). Certaines expériences, telles que la maladie, un traumatisme ou un échec significatif, pourraient également avoir des conséquences sur le développement d'un mode pessimiste ou optimiste (Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1991). Enfin, phénomène intéressant, une personne ayant développé un mode explicatif pessimiste augmenterait les probabilités de se retrouver face à des événements négatifs qui, en retour, viendraient renforcer son mode d'explication (Nolen-Hoeksema et al., 1986).

Dans la mesure où les modes d'explication relèvent de l'apprentissage, un pessimiste pourrait donc se voir transformé en optimiste. Quant est-il de l'optimiste, peut-il améliorer son niveau d'optimisme? Dans un voyage en avion, Seligman (1994) rapporte avoir commencé son changement de cap conceptuel du pessimisme vers l'optimisme. Suite à une conversation avec son voisin, il commencera en effet à s'intéresser davantage aux réussites de l'optimiste et orientera ses recherches vers la culture du bien-être, ce qui fera naître la psychologie positive actuellement particulièrement populaire. Ses recherches vont l'amener à découvrir qu'il n'est pas nécessaire de souffrir de dépression pour bénéficier d'un apprentissage de l'optimisme et qu'il peut être tout aussi utile de promouvoir cet apprentissage afin de prévenir le développement de certaines psychopathologies. Dans cette perspective, les adolescents peuvent devenir une population ciblée puisque leur période de développement implique une redéfinition identitaire qui aura un impact sur leur vie adulte.

Dans ses livres « Apprendre l'Optimisme » (1994) et « La force de l'optimisme » (1996), Seligman présente un programme d'intervention en trois étapes qui vise essentiellement l'apprentissage ou le développement de l'optimisme. Les techniques utilisées dans ce programme proviennent d'un cours élaboré par deux cognitivistes influents, Steven Hollon, professeur de psychologie à l'Université Vanderbilt et Arthur Freeman, professeur de psychiatrie à l'École de médecine et de médecine dentaire du New Jersey et, par Martin Seligman lui-même. Les fondements de ce programme relèvent de la psychologie positive dans la mesure où elle cherche à promouvoir la

culture du bien-être. L'optimisme est ici conçu comme un mode cognitif issu de l'apprentissage qui peut donc être modifié à travers une restructuration cognitive. C'est donc à travers une approche clinique cognitiviste que ce programme a été élaboré. Les approches d'Aaron T. Beck, avec sa technique des trois colonnes et d'Albert Ellis, avec son modèle « ABC » (Beck, 1976; Ellis, 1962), qui relèvent de la thérapie cognitive, sont ici adoptées. Les clientèles visées par ce programme sont multiples (le premier programme exposé vise les adultes et les adolescents, le deuxième vise spécifiquement les enfants). Dans la mesure où l'essai s'intéresse plus particulièrement à la population adolescente, le programme qui vise à la fois les adultes et les adolescents sera ici explicité. En offrant aux adolescents des techniques concrètes qui favoriseront le développement de l'optimisme partiel (Peterson, 2000), ce programme devient une aide précieuse pour permettre au jeune de mener à terme ses projets dans son quotidien en les envisageant avec optimisme.

Trois étapes sont donc présentées dans le cadre de ce programme. La *première étape* intitulée « Adversité, interprétation et conséquence » consiste à faire prendre conscience au jeune du lien qui existe entre une situation d'adversité (qui agit comme élément déclencheur), son interprétation et les conséquences émotives et comportementales de son interprétation. Il faudra en effet expliquer que la réaction initiale, face à l'adversité, se fait par la pensée à travers l'interprétation donnée à la situation et que cette interprétation aura des conséquences, car elle va conditionner les émotions et comportements qui vont suivre. Pour faciliter sa compréhension, des

situations lui seront alors présentées par écrit et explicitant clairement ce lien (voir Appendice A présentant des exemples directement tirés du livre de Seligman, 1994). À des fins d'illustration, deux de ces situations seront ici présentées où il sera demandé au jeune de compléter l'élément qui manque (c'est-à-dire, quel type de pensée va mener à la conséquence de la situation 1 et quel type de pensée sera susceptible de mener à la situation 2) :

1. A : Votre meilleur(e) ami(e), à qui vous avez laissé plusieurs messages téléphoniques, ne vous rappelle pas.
 B : Vous pensez _____.
 C : Vous êtes démoralisé(e) toute la journée.

2. A : Votre meilleur(e) ami(e), à qui vous avez laissé plusieurs messages téléphoniques, ne vous rappelle pas.
 B : Vous pensez _____.
 C : Vous vaisez à vos affaires sans vous en préoccuper.
 Dans le premier cas, si vous avez pensé quelque chose comme : « ce n'est pas étonnant vu que je me comporte toujours en égoïste... », vous allez vers la dépression. Mais si, dans le deuxième cas, vous avez pensé à une cause passagère, particulière et externe (« Il [Elle] doit faire des heures supplémentaires cette semaine... », « Il [Elle] ne va pas très bien en ce moment... »), vous ne courez aucunement ce risque. (p. 197).

Cette première étape se termine avec un journal de bord. Il est demandé au jeune de tenir un journal pendant une ou deux journées afin de consigner cinq situations d'adversité qu'il aura rencontrées. Afin de faciliter son travail, on lui demandera de compléter trois rubriques : 1) Identifiez la situation adverse; 2) Indiquez votre interprétation de l'adversité; et 3) Indiquez les conséquences : quels sont vos sentiments et quelles actions posez-vous ou, voudriez-vous poser suite à cette interprétation? L'objectif sera d'inviter le jeune à observer son discours interne afin qu'il puisse observer l'enchaînement *adversité-interprétation-conséquences*. Des exemples, par écrit,

sont transmis au jeune afin de susciter sa réflexion et d'initier son journal de bord (voir Appendice B).

La deuxième étape est intitulée « Distraction et réfutation ». Après avoir pris conscience du caractère plus ou moins pessimiste de ses interprétations, il est possible d'intervenir pour tenter de les modifier ou de les améliorer. À cet effet, deux techniques sont invoquées : la distraction et la réfutation. 1) La distraction permet de détourner son attention d'une pensée récurrente pessimiste. Diverses techniques de distraction peuvent être utilisées comme celle de *l'Élastique*, porté comme un bracelet et qui sera tiré de façon à pincer légèrement la peau chaque fois que le participant interceptera son fonctionnement cognitif pessimiste. Cette action permettra de détourner l'attention afin d'interrompre l'enchaînement pessimiste. Une autre technique également efficace consiste à prendre en considération les pensées présentes tout en leur donnant rendez-vous mais plus tard. Il est même possible de déposer par écrit les pensées perturbatrices afin de faire taire la crainte de les oublier. Cette technique permet de mettre fin à l'obsession qui a pour but de régler un problème et qui ne cesse d'occuper l'esprit tant que le problème n'est pas considéré comme étant réglé. 2) La réfutation consiste à remettre en question les pensées pessimistes. 2a) Il importe d'abord d'inviter le jeune à opérer un recul face à son discours interne. Cette étape n'est pas toujours facile puisque que les pensées négatives qui nous concernent sont considérées comme des vérités en soi puisqu'elles sont le fruit de notre discours interne. Elles relèvent toutefois davantage de mauvaises habitudes de pensées qui prennent leurs racines dans les expériences de

l'enfance. Il s'agira donc de les observer en se positionnant face à elles, de la même façon que l'on peut se positionner face à un interlocuteur externe. 2b) Quatre techniques sont mises de l'avant pour faciliter, par la suite, le débat intérieur qui va s'amorcer afin de remettre en question les pensées pessimistes :

i- *Les faits à l'appui* : Il s'agira d'inviter le jeune à adopter un rôle de détective afin de démontrer l'inexistence des faits censés justifier ses pensées pessimistes (par ex. : le professeur d'Élodie annule un rendez-vous avec elle. Élodie qui, sur le coup, craint de ne pas être assez intelligente pour susciter l'attention du professeur peut, en s'informant auprès de ses amis qui avaient également un rendez-vous auprès du professeur, réaliser qu'elle n'est pas la seule dont le rendez-vous a été reporté).

ii- *Les explications de rechange* : « Rares sont les événements qui n'ont qu'une seule cause » (Seligman, 1994, p. 206). La tendance du pessimiste sera de prioriser la cause la plus défavorable qui va s'avérer personnelle, permanente et générale. Il s'agira donc de demander au jeune de trouver une autre façon d'envisager la situation qui sera, cette fois, non permanente, exceptionnelle et non personnelle (par ex. : Élodie pourra envisager que le professeur doit remettre le rendez-vous en raison d'une situation familiale ou professionnelle qui n'a rien à voir avec l'appréciation qu'il a de son intelligence).

iii- *La portée* : Et si l'interprétation négative que l'on se faisait s'avérait vraie, dans les faits? On invitera le jeune à dédramatiser en s'interrogeant sur la probabilité des conséquences néfastes qu'il se représente. Ou on lui demandera de rechercher les moyens dont il dispose pour modifier à l'avenir la situation problématique (par ex. :

si le professeur avait en effet moins d'intérêt pour Élodie, cela ne signifie pas pour autant que tous les professeurs se désintéressent d'elle en raison de sa performance. D'ailleurs, dans les faits, Élodie sera capable de retracer des moments où elle a particulièrement bien réussi; ce qui lui a valu l'éloge de la part d'autres professeurs. Elle peut également insister auprès du professeur pour obtenir un rendez-vous et lui expliquer les raisons qui l'amènent à insister).

iv- *L'utilité* : Il s'agira ici de demander au jeune si les interprétations qu'il rumine ont, dans le moment où il rumine, une utilité réelle. Cela permettra de mettre en lumière que dans certaines circonstances, mieux vaut agir plutôt que de se laisser aller à ses interprétations. Une liste des moyens dont il dispose pour modifier la situation peut alors être dressée, ce qui aura l'effet de l'orienter vers l'action tout en l'éloignant, par le fait même, de l'impuissance (par ex. : Élodie, en perdant sa soirée à regarder la télévision, démotivée par l'interprétation qu'elle a fait de sa situation, en vient à perdre l'occasion de se mettre à la tâche en essayant, par elle-même, de mieux comprendre ses devoirs de mathématiques, ce qui aurait eu l'effet d'augmenter sa confiance en elle. Elle aurait également pu téléphoner à des amis afin de leur demander leur aide, ce qui aurait mobilisé ses ressources).

Enfin, cette deuxième étape se termine elle aussi par un journal de bord où il est demandé au jeune d'identifier à nouveau cinq situations d'adversité au cours des journées qui suivront. Cette fois, afin de pratiquer les techniques exposées, cinq rubriques doivent être complétées : 1) Situation d'adversité; 2) Interprétation;

3) Conséquences; 4) Réfutation (en ayant recours à l'une ou l'autre des techniques exposées); et 5) Dynamisation : il s'agira de noter le dynamisme qu'apporte la réfutation du discours interne pessimiste. Trois exemples, par écrit, sont apportés afin de susciter la réflexion du jeune et d'initier son journal de bord (dans l'Appendice C, des exemples sont tirés du livre de Seligman, 1994).

La troisième et dernière étape intitulée « L'extériorisation des voix »: vise la pratique de la réfutation, à travers une méthode de jeux de rôle susceptible d'accrocher particulièrement les jeunes. Pour le jeune, il s'agira de permettre au clinicien de prendre connaissance de son journal intime afin que ce dernier puisse se familiariser avec son discours interne qu'il mettra en scène par la suite. Le jeune sera alors appelé à contester ce discours qui sera, cette fois, extériorisé à travers la voix du clinicien. Il sera important pour le clinicien de s'adresser au jeune avec autant de dureté que ce dernier en fait preuve à son égard afin que le jeune puisse développer une réfutation efficace. Des exemples écrits initient ici aussi l'exercice (voir Appendice C).

Ces techniques d'intervention vont donc permettre au jeune de prendre conscience du discours interne qui influence ses sentiments et ses actions et qu'il sera, par la suite, appelé à transformer à travers la réfutation. Ces techniques peuvent non seulement permettre de transformer un mode d'explication pessimiste en mode d'explication optimiste, mais peuvent également servir à améliorer le niveau d'optimisme déjà présent chez un individu. Seligman nous met toutefois en garde contre un optimisme irréaliste.

Selon lui, il ne s'agit pas de développer un optimisme qui aurait pour but d'évincer le pessimisme. Il s'agit au contraire de développer un « optimisme souple » qui saura céder sa place à un pessimisme modéré aux moments opportuns. Dans la mesure où les modes d'explication pessimiste, qui ont souvent été associés à des états psychiques plus dépressifs, font état, selon les études, d'un plus grand réalisme et donc, d'une plus juste appréciation de la réalité (Alloy & Abramson, 1979), ils peuvent donc s'avérer utiles à certains moments. Et le pessimiste modéré, qui prend la responsabilité de ses échecs, peut s'avérer plus prudent dans certaines situations. Ainsi, sans prôner le pessimisme, Seligman lui reconnaît son utilité. Toutefois, ce pessimisme doit demeurer modéré afin d'éviter la dépression et l'impuissance qui accompagnent souvent un mode d'explication pessimiste plus prononcé. Seligman identifie trois situations où ce pessimisme modéré peut s'avérer utile : 1) lorsqu'un avenir incertain doit être préparé; 2) lorsqu'une personne doit être conseillée et que ses perspectives s'annoncent sombres; et 3) lorsque l'écoute d'une personne en détresse s'avère nécessaire (Seligman, 1994). Enfin, bien que Seligman démontre avec le questionnaire ASQ qu'une personne privilégie un mode explicatif, il souligne par ailleurs qu'aucun de ces modes n'est totalement homogène et immuable. Ainsi, une personne pourra à la fois avoir recours au mode explicatif pessimiste modéré et optimiste, ce qui lui permettra d'allier à la fois l'audace liée à l'optimisme et la prudence liée au pessimisme.

Cet apprentissage de l'optimisme présenté par Seligman, dans son livre intitulé « Apprendre l'optimisme » (1994) a inspiré, par la suite, l'élaboration de divers

programmes d'intervention de groupe. Soulignons, entre autres, le *Penn Resiliency Program* – PRP, conçu afin d'augmenter la résilience, promouvoir l'optimisme et les compétences de coping et de résolution de problèmes auprès de jeunes âgés entre 10 et 14 ans (Gillham et al., 1995). Douze sessions de 90-120 minutes sont offertes aux jeunes dans le cadre de ce programme. Les techniques pour apprendre l'optimisme, explicitées dans le cadre d'une intervention individuelle, sont ici reprises et adaptées à des situations de groupe. Plusieurs recherches concernant les effets de ce programme rapportent des résultats indiquant une prévention de l'anxiété et de la dépression (Cutuli, Chaplin, Gillham, Reveich, & Seligman, 2006; Seligman, 2002, 2007). Le *SPARK Resilience Program* (Boniwell & Ryan, in press) dernièrement élaboré, destiné à des élèves défavorisés de Londres, enseigne aux jeunes, quant à lui, comment décomposer des situations simples et complexes en éléments gérables. Dans le cadre de ce programme, un travail sur l'apprentissage de l'optimisme est également présent et reprend, lui aussi, les techniques explicitées dans le livre de Seligman (1994).

En résumé, la découverte des modes d'explication pessimiste et optimiste, qui relèvent de l'apprentissage, a permis l'élaboration d'un programme d'intervention individuel qui a initié des programmes d'intervention de groupe. L'objectif étant l'apprentissage de l'optimiste, l'individu est amené à prendre conscience de son discours interne qui influence ses sentiments et ses actions afin de le transformer progressivement à travers la réfutation. Bien que ce type d'intervention permette la transformation d'un mode d'explication pessimiste en mode d'explication optimiste et bien qu'il puisse

également améliorer le niveau d'optimisme déjà présent chez un individu, l'optimisme préconisé, dans cette perspective, doit demeurer réaliste et ne doit pas exclure le recours au mode explicatif pessimiste lorsque la nécessité l'oblige.

La limite de ce programme

Ce programme d'intervention individuel, qui s'inscrit dans une psychologie positive, est fort intéressant dans la mesure où il offre au jeune des techniques qui pourront transformer son mode explicatif vers un mode plus optimiste afin de lui permettre de réaliser concrètement ses projets tout en limitant l'impact que pourront avoir sur lui des événements négatifs. Toutefois, tel que le mentionne Peterson, cet apprentissage concerne un optimisme partiel puisqu'il s'adresse davantage à des projets concrets. Le sens investi dans ses projets est donc davantage à court terme. Et, comme il en a été question dans le premier chapitre, au sein d'une société postmoderne, les projets à court terme peuvent être nombreux en raison des besoins véhiculés par une société à revenu élevé et inciter l'individu à se centrer sur lui et sur ses besoins immédiats. Malheureusement, ces projets qui projettent l'individu vers un avenir proche risquent de lui faire faire l'économie d'une réflexion sur le sens de son existence. Or, c'est justement cette réflexion qui, comme il en a été question, peut permettre le développement d'un optimisme global (Peterson, 2000), source de motivation plus profonde face à l'avenir.

Martin Seligman, à la toute fin de son livre « Apprendre l'optimisme » (1994), se préoccupe d'ailleurs justement des conséquences d'une société dominée par la « me generation ». Cette centration sur le moi pourrait être l'une des causes, nous dit l'auteur, de l'épidémie de dépression actuelle (tel que vu au Chapitre 1, selon Mathers & Loncar, 2006). Dans une société individualiste, comme l'Amérique du Nord notamment, le mode d'explication pessimiste pourrait dès lors se voir renforcé par les valeurs véhiculées par la société puisque désormais, l'individu devient seul responsable de ses choix et, par le fait même, de ses échecs; ce qui a pour effet de rendre les situations négatives plus dramatiques. Ce surinvestissement de l'individu dans ses problèmes personnels peut ainsi le détourner de ce qui se situe en dehors de lui et l'empêcher de se poser des questions susceptibles de lui donner un sens à son existence. Seligman dira d'ailleurs, à cet effet, que l'une des conditions au sens de la vie relève de l'attachement à quelque chose de plus grand que soi-même :

Je ne crois pas pour ma part [nous dit-il] que l'optimisme acquis puisse à lui seul endiguer la marche de la dépression dans toute la société [...], il ne donne pas en tant que tel un sens à la vie, qui ne peut que venir du choix de ses objectifs. D'où mon plaidoyer en faveur d'une revalorisation de préoccupations qui dépassent l'individu. Le jour où celles-ci se conjugueront avec les atouts de l'optimisme, l'épidémie actuelle de dépression et de vide moral pourra reculer. (Seligman, 1994, p. 266).

Dans la mesure où l'on observe de plus en plus de clients en psychothérapie individuelle qui expriment un sentiment de vide de sens même en l'absence de dépression et dans la mesure où les adolescents semblent souvent démunis face à une redéfinition identitaire nécessitant une redéfinition des valeurs, que pouvons-nous leur offrir, en tant que cliniciens, afin de les aider à développer à la fois un optimisme partiel

et global? La deuxième section de ce chapitre s'intéresse justement à une thérapie susceptible d'aider à la redéfinition des valeurs afin de donner un sens à l'existence. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pourrait, à cet effet, aider à développer, ce que Peterson (2000) nomme l'optimisme global, qui fait référence à des attentes plus grandes et beaucoup moins spécifiques et où le sens qui y est investi est davantage à long terme (par ex. : la croyance que seule l'entraide peut apporter un sentiment de bonheur). De plus, dans sa philosophie d'intervention, l'ACT peut, d'une certaine manière, répondre à l'idée de Peterson (2000) concernant la transmission d'un optimisme global par tuteur d'optimisme, comme le font les tuteurs de résilience. En effet, dans la mesure où cette thérapie relève d'une approche expérientielle, le clinicien, sera appelé à pratiquer lui-même ce qu'il transmettra, par la suite, à son client et peut devenir, dans cette perspective, source d'inspiration pour ce dernier.

L'optimisme global et la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes)

Le thème des valeurs qui permet de donner un sens à son existence est au cœur de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). Cette thérapie qui relève des thérapies cognitives de troisième génération (ou de troisième vague) sera, dans un premier temps, exposée, ce qui permettra ensuite de voir de quelle façon elle est susceptible d'aider l'adolescent à redéfinir ses valeurs afin de donner un sens à son existence en développant ainsi son optimisme global.

La théorie des cadres relationnels : les processus langagiers et cognitifs

Cette thérapie, qui commence à se développer au début des années 1980 avec le psychologue Steven C. Hayes, insiste sur une validation scientifique des principes qui la fondent et sur la vérification de son efficacité par l'expérimentation clinique. Elle relève du contextualisme fonctionnel et de la théorie des cadres relationnels (*Relational Frame Theory* – RFT). Le contextualisme fonctionnel, issu de la tradition comportementaliste, considère que les comportements proviennent d'une interaction entre un organisme et un contexte et que c'est la fonction du comportement qui doit être prise en considération. Autrement dit, une action sera considérée « efficace » si elle permet à l'individu de se rapprocher de ses objectifs. La RFT est fondée sur les travaux expérimentaux portant sur le langage et la cognition. Elle peut être considérée comme une théorie post-skinérienne puisque son idée de base est qu'il existe des opérants relationnels, classe de comportements conditionnés par leurs conséquences (Vilardaga, Hayes, & Schelin, 2007). Or, la RFT avance que les individus qui disposent de compétences verbales ont non seulement la capacité d'apprendre à répondre relationnellement à des objets en regard de leurs propriétés physiques, mais peuvent également y répondre en considérant d'autres aspects de la situation (conventions sociales, expériences antérieures, jugements de valeurs, etc.). C'est ce que Hayes et ses collègues appelleront *les réponses relationnellement arbitrairement applicables* (RRAA). Par exemple, il n'est pas nécessaire de faire l'expérience d'un champignon vénéneux pour refuser de le manger puisque le fait d'avoir été prévenu par autrui suffit pour que l'on refuse de le manger. Ce processus d'apprentissage, issu du langage, aurait permis à l'espèce humaine de

s'adapter et de survivre dans son environnement. Toutefois, en raison de la bidirectionnalité du langage, le cerveau en serait venu à créer certaines illusions plongeant ainsi l'être humain dans des souffrances inévitables. En effet, le simple fait d'évoquer verbalement un événement négatif aura l'effet de rendre l'individu présent psychologiquement à l'événement. Il n'a donc plus besoin d'être en contact direct avec l'événement pour en ressentir les conséquences qui y sont reliées (Dionne, 2009; Monestès, Villatte, & Loas, 2009). De la même façon, certaines règles du langage ont conduit à une fusion cognitive en amenant l'individu à considérer ses pensées comme des vérités en soi, le dirigeant, par le fait même, vers d'inévitables souffrances.

Afin de réduire les pensées, émotions, images ou sensations douloureuses, l'être humain, au cours de la phylogénèse, aurait tenté de les éviter mais cela, sans s'en rendre compte, au prix d'actions importantes en cohérence avec ses valeurs internes. Ce processus, nommé *évitement expérientiel*, serait à l'origine de nombreuses psychopathologies et aurait également l'effet de les entretenir. Il serait corrélé avec les troubles anxieux, dépressifs, les dépendances, le stress post-traumatique et les difficultés psychologiques reliées à la douleur chronique (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). Or, la RTF met en évidence que ce processus serait, dans les faits, un résultat naturel de l'apprentissage. En effet, le langage, défini comme une capacité à mettre en relation les événements en se fondant soit sur les caractéristiques non arbitraires des stimulus, soit sur des caractéristiques définies par le contexte social (Monestès & Villatte, 2011), aurait permis de relier des événements sans que l'individu n'ait à entrer en contact direct

avec ces événements. Dès lors, la souffrance pouvait émerger par le simple fait de penser ou d'imaginer une situation douloureuse, et ce, n'importe où et à n'importe quel moment. Ce serait donc pour tenter de contrôler cette souffrance à la fois psychologique et proprioceptive que l'être humain, toujours grâce à ses compétences verbales, aurait construit des stratégies lui permettant d'éviter ce qui peut occasionner ses souffrances. Toutefois, en portant son attention sur ce qu'il devait éviter, il aurait ainsi augmenté, sans le savoir, les probabilités de détecter ces événements et de les amener à sa conscience, activant, par le fait même, la souffrance qui les accompagne. C'est ce que les recherches cognitives ont nommé *le phénomène de rebond* (Wegner, 1989; Wegner & Zanakos, 1994). D'autres expériences ont également mis en lumière cet effet paradoxal lié à la tentative de contrôle des événements psychologiques (Wegner, Broome, & Blumer, 1997; Wegner, Erber, & Zanakos, 1993). Par exemple, les travaux de Wegner et ses collègues ont montré que plus on demandait à des sujets de supprimer une pensée, plus ils se concentraient sur cette pensée et plus cette dernière avait tendance à apparaître (Wegner et al., 1993, 1997).

C'est donc en voulant éviter une émotion psychologique douloureuse vécue antérieurement qu'une personne aura tendance à être particulièrement attentive aux conditions susceptibles de l'activer à nouveau. Une simple pensée ou émotion pouvant l'évoquer deviendra donc susceptible de s'intensifier rapidement. « Ainsi, la détection des prémisses de ses émotions suffit à accroître leur intensité et constitue autant de signaux prédictifs qu'il va maintenant falloir éviter. C'est ainsi qu'on observe, par

exemple, la peur d'avoir peur. » (Monestès & Villatte, 2011, p.27). Bien que l'évitement expérientiel relève d'un processus naturel, elle peut parfois s'avérer problématique si l'individu le privilégie pour faire face à ses événements négatifs internes, ce qui occasionnera une rigidité psychologique, génératrice de psychopathologies.

À la lumière de ces processus langagiers et cognitifs, l'ACT, qui découle de la RTF, va souligner que c'est justement lorsqu'un individu fusionne avec ses pensées (en les considérant comme des vérités en soi) et lorsqu'il tente de contrôler ses expériences internes, considérées comme des vérités, qui pourraient s'avérer inconfortables ou dérangeantes (à travers l'évitement expérientiel), que des psychopathologies sont susceptibles de se développer. Ces deux processus conduiraient vers une *inflexibilité psychologique* et entraveraient l'émergence de comportements guidés par les valeurs profondes. L'ACT cherche donc à remplacer la fusion et l'évitement expérientiel par la *défusion* et par *l'acceptation*. Elle tente également de remplacer l'inflexibilité psychologique et l'inactivité en amenant le client à s'engager vers une clarification de ses valeurs, ce qui lui permettra de choisir les actions susceptibles d'y répondre. Ainsi, cette thérapie peut s'avérer fort intéressante pour un adolescent en crise identitaire à risque de développer une psychopathologie.

La thérapie d'acceptation et d'engagement, une thérapie expérientielle

L'ACT est basée sur la pleine conscience, l'acceptation et l'engagement dans l'action. « *La pleine conscience* est la conscience obtenue par l'attention que l'on porte délibérément, dans l'instant et sans jugement, aux choses [expériences internes ou externes] telles qu'elles sont. » (Williams et al., 2009, p. 73), et non telles que nous voudrions qu'elles soient. La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – MBCT), initiée par Jon Kabat-Zinn, professeur émérite de médecine (1990), puis élaboré par Segal (psychothérapeute et directeur d'une unité de thérapie cognitivo-comportementale) Williams (professeur de psychologie clinique) et Teasdale (chercheur au Département de psychiatrie de l'Université d'Oxford) en 2002, allie à la fois des découvertes de la science cognitive occidentale (dans le domaine de la dépression notamment; Williams et al., 2009) à des pratiques méditatives provenant de l'Orient (en particulier la méditation bouddhiste). Elle relève elle aussi de ce que l'on appelle les thérapies cognitives de troisième vague. Contrairement à l'approche cognitive de première et de deuxième vague, les modèles thérapeutiques de troisième vague ne vont plus chercher à agir directement sur les symptômes en essayant de modifier le contenu des pensées problématiques et, par le fait même, la symptomatologie qui en découle. Ils vont davantage chercher à changer la relation du client face à ses symptômes. Le symptôme n'étant plus considéré comme anormal puisqu'il découle directement du fonctionnement cognitif et langagier humain, c'est la relation au symptôme qui sera alors travaillée.

Pour ce faire, la thérapie ACT va s'intéresser à six dimensions susceptibles d'orienter l'individu vers une plus grande flexibilité psychologique qui peut être définie comme étant : « l'habileté à être présent, pleinement conscient et ouvert à l'expérience de soi et de son environnement, en posant des actes guidés par les valeurs. » (Harris, 2009a). Les six dimensions sont les suivantes : 1) l'acceptation; 2) la défusion cognitive; 3) le Soi comme contexte; 4) le contact avec le moment présent; 5) la clarification des valeurs; et 6) l'engagement dans l'action. Russ Harris, médecin et auteur du livre « Le piège du bonheur » (2009a), qui porte précisément sur l'ACT, précise, dans l'un de ses articles (2009b) que les quatre premières dimensions sont des compétences psychologiques qui relèvent plus spécifiquement de la pleine conscience. Ces six dimensions peuvent être regroupées en trois axes principaux dans une figure appelée l'Hexaflex (voir Figure 1). Le premier axe a comme objectif de développer l'acceptation et la défusion des phénomènes psychologiques afin de diminuer le recours à l'évitement expérientiel. Le deuxième axe développe la capacité de l'individu à être dans le moment présent et l'invite à changer de perspective, allant du soi concept au soi contexte. Enfin, le troisième axe vise la clarification des valeurs et l'engagement dans l'action en direction de ses valeurs (Monestès & Villatte, 2011).

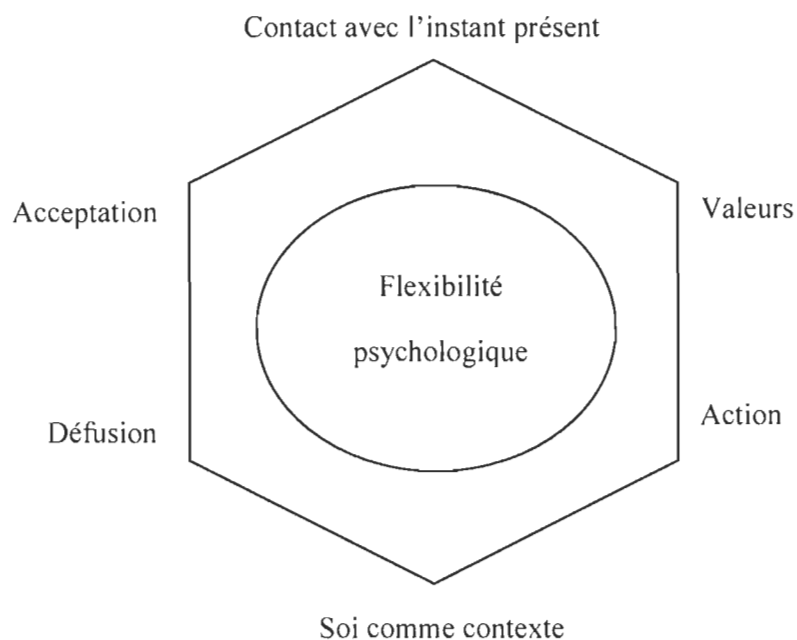


Figure 1. L'Hexaflex représentant les six axes thérapeutiques de l'ACT (Hayes et al., 1999)

Les deux premiers axes de l'ACT, qui visent le développement des compétences psychologiques (acceptation, défusion cognitive, contact avec le moment présent et soi comme contexte) et qui relèvent de la pleine conscience, auront pour effet de changer progressivement l'attitude entretenue face aux phénomènes internes et surtout face à la souffrance. Ces compétences permettront ainsi une distanciation face à la pensée. Cette forme de distanciation était en partie présente dans le travail de restructuration cognitive que l'on retrouve dans le programme de Seligman, dans la mesure où l'adolescent est invité à se distancier de ses pensées afin d'en prendre conscience. À cet effet, la restructuration cognitive implique une exposition et une prise de conscience des pensées et des émotions douloureuses. C'est l'étape où l'adolescent examine ce qui se passe entre la situation d'adversité (A) et son interprétation (B) et, entre son interprétation (B)

et les conséquences en termes d'émotions ou d'actions (C)¹. L'ACT insiste sur ce moment de distanciation et au lieu de passer immédiatement à la modification du contenu des pensées, débute une modification de la relation que l'individu entretient face à ses pensées et émotions. Ce travail semble prédisposer le client à s'ouvrir au changement, c'est d'ailleurs ce qui sera abordé dans le prochain chapitre.

Axe 1 : l'acceptation. Cet axe permet à l'individu de prendre conscience de ses stratégies d'évitement et de l'impact que celles-ci ont pu avoir sur sa vie. Elle vise à interrompre la lutte interne qu'il a entreprise à travers ses stratégies (dans l'espoir de se débarrasser de ses événements internes désagréables, voire aversifs) afin de la réorienter ultérieurement vers ce qui compte vraiment pour lui. Le travail d'acceptation peut se faire en quatre phases (Monestès & Villatte, 2011) :

- 1- *Mettre en évidence l'inefficacité de la lutte* (tentative de contrôle de ses événements psychologiques). Cette phase est délicate et doit être précédée, soulignent Monestès et Villatte, d'une bonne alliance thérapeutique. Elle aboutit généralement à un *désespoir créatif* puisque l'espoir de faire disparaître le symptôme (la souffrance) est confronté à une impasse face au mécanisme cognitif et langagier. Ce désespoir momentané sera particulièrement important pour le client puisqu'il deviendra le tremplin pour son travail thérapeutique ultérieur qui consistera à changer sa relation au symptôme et réorienter son attention vers ses propres valeurs.

¹ Les lettres « A », « B » et « C » font ici référence au schéma d'Albert Ellis, repris par Seligman dans son programme « Apprendre l'Optimisme » (1994).

- 2- *Mettre en évidence que ce fonctionnement cognitif est logique, normal et humain en dédramatisant la lutte* afin d'éviter que le désespoir momentané ne cède la place à un état dépressif. Il s'agira de réorienter le client vers le travail thérapeutique possible, à partir de cette prise de conscience.
- 3- *Aider à développer l'acceptation.* Il s'agira ici d'amener le client à changer sa relation aux symptômes en donnant la pleine permission à ses émotions, pensées images ou souvenirs douloureux de se présenter à lui, quelle que soit leur forme ou leur intensité, et ce, sans essayer de les contrôler en les évitant. Il s'agit d'une étape expérientielle qui peut se faire grâce au recours aux métaphores, très présentes dans l'ACT (des exemples de métaphores sont cités dans l'Appendice D).
- 4- *Aider à repérer toute réapparition de la lutte qui met en scène l'évitement expérientiel.* Les évitements expérientiels sont souvent subtils et automatiques. Plus le client sera en mesure de les repérer, plus il pourra accepter ce qu'il tente d'éviter. Cette phase peut se concentrer sur le quotidien du client afin de l'aider à repérer des moments clés ou pendant la thérapie lorsqu'un évitement est repéré.

Il s'agirait donc, pour développer la compétence d'acceptation, d'amener l'individu à confronter son expérience d'évitement pour qu'il puisse prendre conscience, dans un premier temps, de son inefficacité et de quelle façon cette stratégie en est venue à limiter sa vie, à l'éloigner de lui-même, sans pour autant diminuer véritablement sa souffrance.

En prenant conscience de l'échec de ses tentatives d'évitement expérientiel, l'individu se connecte à ce que certains auteurs ont qualifié de « désespoir créatif » (Monestès et Villatte, 2011) qui aura pour effet d'ouvrir la personne à de nouvelles possibilités dont l'acceptation de ce qui est.

Axe 1 : la défusion cognitive. Lorsqu'il y a fusion cognitive et que les pensées sont considérées comme étant vraies en soi, elles risquent, si elles sont dans les faits inadéquates, d'amener l'individu à choisir des comportements même s'ils ont des conséquences néfastes sur ses valeurs. La défusion cognitive vise donc à amener l'individu à voir les pensées pour ce qu'elles sont, de simples pensées, en amenant l'attention sur leur caractère arbitraire. Une étape de dédramatisation s'enclenche alors; et le client réalisera qu'il peut choisir d'agir même si ça pensée semble lui dicter autre chose. Afin d'aider le client à se défusionner de ses pensées, l'ACT privilégie l'expérience directe plutôt que le langage afin d'éviter d'activer chez ses patients les processus mentaux. Les métaphores sont une fois de plus privilégiées ainsi que l'observation du moment présent, souvent délaissée par la surutilisation du langage (un exemple de métaphore et d'exercice expérientielle est présenté en Appendice D). L'Axe 2 va justement aider le client à développer sa capacité à être dans le moment présent et à changer de perspective face à son monde interne.

Axe 2 : le Soi comme contexte. L'ACT distingue le « soi concept » du « soi contexte ». Le soi concept serait le résultat d'une description langagière à notre égard.

L'individu a en effet l'habitude de résumer, au moyen du langage, les principaux attributs qui le caractérise (Monestès & Villatte, 2011). Le soi contexte constitue, quant à lui, une manière de diminuer la souffrance. Il s'agit d'un sens de soi plus large, intemporel, un contexte qui accueille toutes les expériences, mais qui n'est aucune d'elles et qui ne peut donc être altéré. À partir du moment où un individu prend conscience qu'il pense, qu'il agit ou qu'il ressent quelque chose, il peut également prendre conscience d'en être conscient (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). Cette démarche phénoménologique, donne ainsi accès au soi concept qui est ce processus continu de l'expérience. Métaphores et exercices permettront au client de se défusionner du soi concept afin de connecter à la conscience active (voir exemple à l'Appendice E).

Axe 2 : le moment présent. Le contact avec le *moment présent* demandera à l'individu de s'ouvrir avec curiosité à l'expérience du moment telle qu'elle se présente et non telle qu'il voudrait qu'elle se présente. Il s'agira ainsi de porter son attention, en observant son monde interne (sensations physiques, pensées, émotions, souvenirs, images) et externe (sons, environnement visuel externe, etc.). Des exemples de métaphores et d'exercices sont présents en Appendice E.

Axe 3 : les valeurs. Les valeurs peuvent être définies comme « [...] des directions de vie verbalement construites, globales, désirées et librement choisies. » (Dierickx, 2009). Une valeur ne peut donc être réduite à un but concret à atteindre. Il s'agira plutôt

de définir ce qui donnera un sens à sa vie et, par conséquent, aux actions qui seront choisies. « Les valeurs constituent [ainsi] une source permanente de renforçateur. Le simple fait d'agir dans le sens de ses valeurs constitue en soi un renforcement. » (Monestès et al., 2009, p. 3). Plusieurs exercices permettent au client de clarifier ses valeurs (voir Appendice F).

Axe 3 : l'engagement dans l'action. La clarification des valeurs permet, par la suite, *l'engagement dans l'action*, en prenant conscience que, quelles que soient les circonstances, il lui est toujours possible d'agir en fonction de ses valeurs. C'est en restant présent à ses réactions automatiques et à son expérience (mise en pratique dans les compétences de pleine conscience) que l'individu pourra, progressivement, s'orienter dans des actions qui seront en cohérence avec ses valeurs profondes (voir exercices en Appendice F). Ce processus de changement qui sera progressif amènera l'individu à se sentir de plus en plus libre face à son monde interne et externe puisqu'il n'aura plus à se laisser guider par ses stratégies d'évitement expérientiel. Ce seront donc ses valeurs qui donneront un sens au fait de devoir, parfois, accepter l'inconfort ou la souffrance, relié à des événements internes ou externes susceptibles de survenir.

En résumé, les six dimensions de l'ACT, qui sont interreliées (l'acceptation, la défusion cognitive, le contact avec le moment présent, le soi comme contexte, la clarification des valeurs et l'action engagée), visent le développement d'une flexibilité psychologique et sont susceptibles de révéler au client quel est le sens de son existence.

L'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement

Puisque cette thérapie est relativement récente, quelle en est son efficacité et est-elle susceptible de fonctionner auprès des adolescents? La première forme de l'ACT (qui s'inscrit dans ce que l'on nomme aujourd'hui la thérapie cognitive de troisième génération), appelée autrefois *Comprehensive Distancing*, a été testée en la comparant aux thérapies cognitives de Beck (Zettle & Hayes, 1986). Les résultats ont indiqué que l'ACT était plus efficace que la thérapie cognitive classique (de première et de deuxième génération) et que la crédibilité des pensées dépressives diminuait plus rapidement avec l'ACT. Ces résultats prometteurs n'ont pas eu de suite pendant 15 ans alors que les fondations de la RFT se consolidaient. Plusieurs outils d'évaluations quantitatives ont été développés. Entre autres, le *Valued Living Questionnaire* – VLQ (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2010), est un questionnaire qui permet de définir les valeurs et d'évaluer le décalage entre actions et valeurs. Le questionnaire *Acceptance and Action Questionnaire* – AAQ (Hayes et al., 2004) vise, quant à lui, à mesurer la flexibilité psychologique. Plusieurs études indiquent déjà des résultats intéressants quant à l'efficacité de l'ACT. Dans une recherche de Bond et Bunce (2003), il a été démontré que de bas scores d'évitement étaient associés à une plus faible probabilité de développer une dépression. L'évitement expérientiel interviendrait également dans la corrélation négative entre valeurs matérialistes et sentiment de bien-être (Kashdan, Barrios, Forsyth, Steger, & Breen, 2007). Une étude de Marcks et Woods (2005) a indiqué que les individus qui pratiquaient l'acceptation ressentaient moins d'inconfort que lorsqu'ils devaient essayer de supprimer leurs pensées jugées comme étant négatives. L'ACT

serait également susceptible de diminuer la dépendance à la nicotine (Gifford et al., 2004) ainsi que la dépendance à diverses drogues (Hayes et al., 2004). D'autres études montrent l'efficacité de l'ACT pour des problématiques variées telles que la douleur chronique, les attaques de panique, les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression, l'anxiété généralisée, les problèmes relationnels de couples et le stress post-traumatique¹. On observe actuellement un intérêt pour l'utilisation de l'ACT et de la pleine conscience auprès des adolescents. Le Dr. Louise Hayes, entre autres, s'y intéresse particulièrement. Cheval, Monestès et Villatte (Kotsou & Heeren, 2011), en abordant les problématiques d'image corporelle à travers la perspective de l'acceptation, s'intéressent eux aussi à la période de l'adolescence. Et le livre « Mindfulness : la pleine conscience pour les ados », du Dr. Dewulf, (2012), qui constitue un guide pratique destiné à apprendre aux jeunes comment pratiquer, dans leur quotidien, des techniques de pleine conscience, témoigne de cet intérêt croissant. Malheureusement, peu de données sont, pour le moment, disponibles. Toutefois, dans la mesure où cette thérapie vise à diminuer l'évitement expérientiel en favorisant une meilleure flexibilité psychologique à travers des compétences de pleine conscience et un engagement dans l'action dirigé vers des valeurs clairement identifiées, on peut s'attendre à ce qu'elle puisse être bénéfique pour des adolescents en pleine crise identitaire. Elle peut, de plus, participer au développement de leur optimisme.

¹ L'article de Francisco (2010) offre une revue de littérature intéressante à cet effet ainsi que le site Internet : <http://contextualscience.org/publications?type%5B%5D=ACT%3A+Empirical&sort=>

La thérapie d'acceptation et d'engagement est-elle suffisante à elle seule pour développer l'optimisme chez un adolescent? Dans la mesure où les techniques offertes par le programme de Seligman sont pratiques et concrètes, elles peuvent s'avérer fort utiles dans le quotidien d'un adolescent pour l'aider à mener ses projets à court terme et pour l'aider à mieux réagir à l'adversité. Toutefois, tel qu'il a été mentionné, elles se limitent à l'apprentissage d'un optimisme partiel. L'adolescent qui développe un mode d'explication optimiste continue dès lors à être exposé aux valeurs d'une société postmoderne qui peuvent venir l'influencer s'il n'a pas, au préalable, redéfini ses propres valeurs. L'ACT, bien qu'elle n'offre pas d'outils concrets pour cibler le développement de l'optimisme, inclut une redéfinition des valeurs qui peut participer au développement de l'optimisme global. Serait-il possible dès lors d'insérer les techniques du programme de Seligman au sein d'une thérapie d'acceptation et d'engagement? C'est ce qui fera l'objet de notre dernier chapitre.

Chapitre 4

Vers un optimisme partiel et global : Essai d'intégration des deux approches
dans un modèle d'intervention individuel auprès d'adolescents

La thérapie d'acceptation et d'engagement est un modèle intégratif qui prolonge les acquis des thérapies cognitives comportementales de première et de deuxième vague. Elle se veut pragmatique et c'est justement dans cette perspective qu'il est possible d'utiliser, au sein même de cette thérapie, diverses techniques susceptibles de servir son objectif ultime, celui de développer chez le client une plus grande flexibilité psychologique. À cet effet, il devient possible d'intégrer, au cours de la thérapie de l'ACT, des techniques telles que celles provenant de la thérapie cognitivo-comportementale. C'est d'ailleurs ce qui sera exploré dans ce chapitre.

La proposition d'un modèle d'intervention individuel auprès d'adolescents sera présentée, qui visera à la fois le développement d'un optimisme partiel (qui peut lui être fort utile dans son quotidien) et d'un optimisme global (susceptible de lui procurer un état général de vigueur et de résilience, tel que décrit par Peterson; 2000). Des techniques tirées du livre de Seligman (1994), « Apprendre l'optimisme », seront alors incorporées à la thérapie de l'ACT (Hayes et al., 1999) afin d'essayer de fournir aux praticiens des outils qui viseront le développement de l'optimisme chez l'adolescent à travers une plus grande flexibilité psychologique (voir Figure 2).

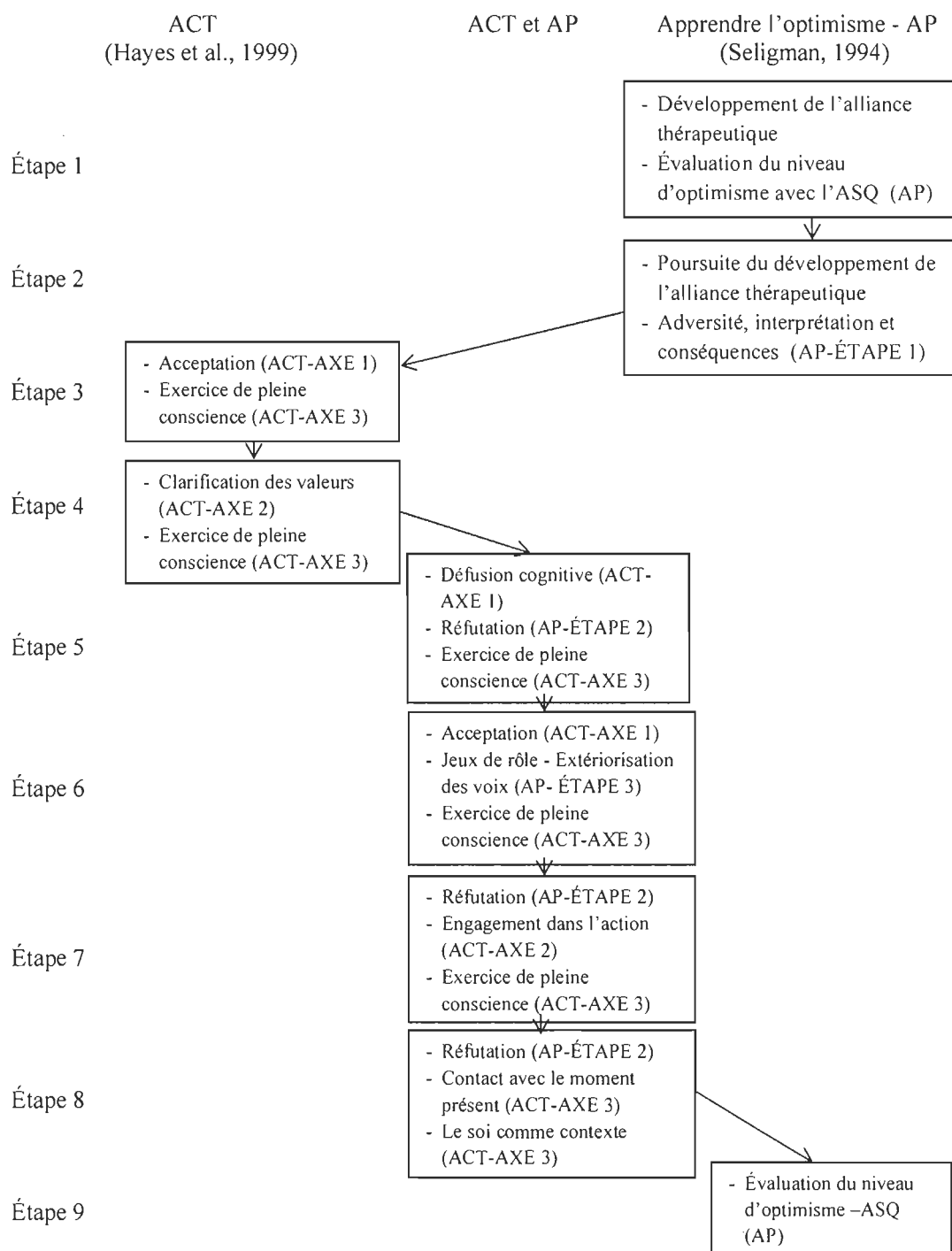


Figure 2. Proposition d'un modèle d'intervention individuel auprès d'adolescents pour le développement de l'optimisme.

Ce modèle d'intervention individuel s'inscrit dans la philosophie du contextualisme fonctionnel et vise une plus grande flexibilité psychologique chez le client. Dans cette perspective, les techniques de restructuration cognitive et de jeux de rôle, tirés du livre de Seligman (1994), seront proposées afin de favoriser le développement de cette flexibilité psychologique. Les outils concrets proposés par Seligman semblent particulièrement indiqués pour l'apprentissage de l'optimisme chez une clientèle adolescente puisqu'ils s'avèrent plus faciles à saisir. Ils peuvent toutefois être optimisés dans le cadre d'une thérapie de l'ACT, avec le développement des habiletés de pleine conscience, la clarification des valeurs et l'engagement dans l'action. La Figure 2 représente l'enchaînement suggéré pour ce type d'intervention. Bien qu'aucun ordre ne soit suggéré quant au travail à faire concernant les différentes dimensions dans le cadre d'une thérapie de l'ACT, il est fortement suggéré par Monestès et Villatte (2011) de débiter par l'acceptation afin de prédisposer le client à s'ouvrir au travail psychothérapeutique ultérieur. Toutefois, pour ce faire, une bonne alliance doit avoir été créée. L'enchaînement suggéré par la suite prend en considération les divers objectifs visés par le programme de Seligman et ceux de l'ACT (Hayes et al., 1999).

Neuf étapes d'intervention serviront de canevas de base. Dans cette perspective, ce modèle intégratif pour le développement de l'optimisme partiel et global propose une *première étape* destinée à l'évaluation du jeune à travers un échange susceptible de développer l'alliance thérapeutique, suivie de l'administration du questionnaire ASQ (Peterson et al., 1982) destiné à évaluer son niveau d'optimisme. Tout en poursuivant le

développement du lien thérapeutique, la *deuxième étape*, qui relève de l'ouvrage de Seligman, « Apprendre l'optimisme » - AP (1994), sera psychoéducative et visera à ce que le jeune comprenne le lien existant entre les situations d'adversité, son interprétation et les conséquences (émotionnelles et comportementales) qui en découlent (des exemples sont présentés en Appendice A). Le devoir (journal de bord) consistera, grâce à l'exercice des trois colonnes de Beck, à faire prendre conscience au jeune de son mode d'explication en relevant cinq exemples de sa vie quotidienne où il devra identifier a) les situations d'adversité; b) ses interprétations; et c) les conséquences reliées à ses interprétations. Des exemples lui seront préalablement remis afin de l'aider dans son devoir (voir Appendice B).

La *troisième étape* qui relève davantage de l'ACT consistera, une fois l'alliance thérapeutique développée, à travailler sur l'axe 1, et plus précisément l'acceptation. Il s'agira ici : a) de mettre en évidence l'inefficacité de son mode d'explication (et de ses conséquences néfastes); b) de prendre soin d'expliquer le fonctionnement cognitif et langagier afin d'éviter de plonger davantage le jeune dans l'impuissance ressentie face au « désespoir créatif »; ce faisant, c) d'avoir recours aux métaphores afin de permettre au jeune de développer l'acceptation de ce qui est (exemples de métaphores à l'Appendice D). Cette troisième étape se terminera par un exercice d'entraînement à la méditation en pleine conscience (voir exemples à l'Appendice E) afin de développer progressivement sa capacité à être dans le moment présent. L'apprentissage du ici et maintenant permettra au jeune de développer sa capacité d'acceptation de ce qu'il

observe en lui. Ainsi, au lieu de lutter pour supprimer l'inconfort lié au symptômes, ce qui pourrait engendrer une résistance, le jeune, en apprenant à accepter davantage son monde interne, pourra alors s'ouvrir au changement.

La *quatrième étape* qui relève de l'ACT permettra une clarification des valeurs afin que le jeune puisse identifier ce qui compte vraiment pour lui, ce qui pourrait donner un sens à son existence et qui, comme l'a souligné Peterson, pourrait être source de motivation profonde. Pour ce faire, des questionnaires ou des exercices pourront être suggérés au jeune afin de l'aider à réfléchir à ses valeurs fondamentales (voir exemples d'exercice à l'Appendice F). Cette étape se terminera elle aussi par un exercice d'entraînement à la pleine conscience afin de favoriser l'ouverture au moment présent (voir Appendice E).

La *cinquième étape*, qui consiste en une fusion de l'ACT et de l'AP, visera l'axe I de l'ACT et, plus précisément, la *défusion cognitive*. Dans un premier temps, pour le jeune, il s'agira ici de pratiquer la défusion à travers des métaphores et des exercices (voir Appendice D) et, dans un deuxième temps, d'apprendre à réfuter, à la lumière de ses valeurs (maintenant identifiées), son mode explicatif automatique. À l'étape de la réfutation, le jeune va apprendre à remettre en question les explications, jusqu'alors privilégiées face à l'adversité ou face au bonheur, en ayant recours aux techniques suivantes : faits disponibles à l'appui, explication de rechange (ou hypothèses alternatives) et portée. C'est en visant une flexibilité psychologique et non un contrôle

qui vise à changer ses pensées que cette étape pourra ici être envisagée. Un devoir sera alors demandé au jeune qui consistera à relever cinq exemples dans son quotidien en identifiant dans cinq colonnes : 1) la situation d'adversité; 2) son interprétation; 3) les conséquences de son interprétation; 4) la réfutation possible (en ayant recours à l'une ou l'autre des techniques exposées); et 5) la dynamisation observée suite à la réfutation. Le jeune pourra ainsi prendre conscience de son fonctionnement cognitif en identifiant (sous forme de journal de bord) différentes explications possibles face à des situations adverses et l'impact que ces dernières peuvent avoir sur des actions lui permettant d'aller vers ce qui compte vraiment pour lui. Des exemples par écrit lui seront ici transmis afin d'initier son devoir (voir Appendice C). Encore une fois, cette étape se terminera par un entraînement à la pleine conscience qui permettrait ici de consolider le travail de défusion cognitive (voir Appendice E).

La *sixième étape*, qui consiste elle aussi en une fusion de l'ACT et de l'AP, viserait à aider le jeune à repérer les situations où il tend à utiliser un mode explicatif qui l'éloigne de ce qui compte le plus pour lui. Un travail au niveau de l'axe I et plus précisément de l'acceptation sera donc à l'œuvre afin de l'aider à repérer ce recours à ce mode d'explication inefficace à travers un échange avec le thérapeute. Ce travail permettra par la suite de mettre en scène son journal de bord (devoirs) à travers l'exercice de *l'extériorisation des voix* provenant de l'AP. Grâce à un jeu de rôle dans lequel le psychologue jouera le rôle de son discours interne, le jeune sera appelé à réfuter, à haute voix, à la lumière de ses valeurs, ce discours interne susceptible de

l'éloigner de ses valeurs fondamentales et de favoriser l'évitement expérientiel. Un exercice de méditation en pleine conscience permettra de ramener le jeune à son monde interne suite à cet exercice (voir exemples en Appendice E).

La *septième étape*, qui fusionne également l'ACT et l'AP, reprendra un élément de l'étape de la réfutation de l'AP, celle qui consiste à questionner l'utilité de ruminer. Cet élément facilitera le travail de l'axe 2 et, plus précisément, celui de l'engagement dans l'action à travers divers exercices qui consisteront à réfléchir à la concrétisation d'actions susceptibles d'aller en direction de ce qui compte vraiment (voir Appendice F). Un exercice de méditation en pleine conscience préparera le jeune à la prochaine étape.

La *huitième étape*, qui allie également des éléments provenant de l'AP à l'ACT, viserait à reprendre un des éléments de l'étape de la réfutation en interrogeant la portée d'une situation d'adversité, dans l'éventualité où elle serait effectivement, dans les faits, négative. Cette réflexion conduira au travail sur l'axe 3 et plus précisément le contact avec le moment présent et le moi comme concept, afin de développer l'acceptation de ce qui est, tout en changeant de perspective. Ce travail qui pourra se faire grâce à des exercices et des métaphores, permettra de développer l'acceptation de ce qui est en favorisant la flexibilité psychologique.

Enfin, la *dernière étape* pourra consister en un bilan de la thérapie tout en prévoyant un moment pour administrer le questionnaire ASQ afin de vérifier l'évolution du niveau

d'optimisme. Si la psychothérapie s'est avérée efficace, il sera possible d'observer chez le jeune une plus grande flexibilité psychologique et donc, un recours moins systématique à l'évitement expérientiel. On pourra observer également un optimisme à la fois partiel et global développé grâce à l'apprentissage d'un mode d'explication de l'adversité susceptible de l'orienter vers des actions qui comptent pour lui. Ses actions qui auront désormais un sens l'éloignent, par le fait même, de l'impuissance démotivante. Enfin, grâce à l'apprentissage des compétences de pleine conscience, le jeune sera en mesure d'adopter une nouvelle perspective face à son mode interne et externe et face à l'adversité.

En résumé, ce modèle d'intervention individuel pour les adolescents, qui incorpore les techniques d'apprentissage de l'optimisme préconisées par Seligman (1994) au processus de l'ACT (Hayes et al., 1999), vise à la fois le développement d'un optimisme partiel et global. Il souhaite offrir au clinicien des outils qui vont lui permettre d'aider le jeune à développer un mode explicatif optimiste afin qu'il puisse réaliser ses projets et réagir plus adéquatement face à l'adversité. Mais il souhaite également aider le jeune à clarifier ses valeurs afin qu'elles puissent éclairer le choix de ses projets, ce qui constituera une source de motivation profonde en donnant un sens à son existence.

Conclusion

Devant le constat d'une augmentation significative du taux de dépression chez les adolescents dans les sociétés occidentales à revenu élevé, une réflexion sur les valeurs véhiculées dans ces sociétés a mis en évidence la présence d'un pessimisme et d'un vide de sens chez ces derniers. Dans la mesure où l'adolescent d'aujourd'hui se voit entraîné par les besoins générés par la société de consommation, il repousse, sans le savoir, la redéfinition de ses valeurs et de son identité et risque de faire face à un vide de sens lorsque les projets multiples engendrés par ses besoins s'épuisent. La période de l'adolescence étant une période de redéfinition identitaire, c'est ainsi que l'adolescent se voit fragilisé par le contexte social actuel.

Afin de contrer ce pessimisme, cet essai a voulu préciser de quelle façon l'apprentissage d'un mode explicatif optimiste pouvait aider à guérir et prévenir la dépression. Puis, à la lumière de la distinction émise par Peterson (2000) entre optimisme partiel et optimisme global, le programme d'intervention individuel de Seligman (1994), exposé dans son livre « Apprendre l'optimisme », a, par la suite, été étudié puisqu'il s'avérait l'un des rares programmes à pouvoir offrir des techniques pour l'apprentissage d'un optimisme partiel.

Devant une limite de ce programme et en recherchant des interventions susceptibles de participer au développement de l'optimisme global et de contrer le vide

de sens constaté dans les sociétés occidentales, la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 1999), relevant de la thérapie cognitive de troisième vague a, à son tour, été explorée. En effet, elle semble offrir une voie prometteuse pour une redéfinition des valeurs qui aide le jeune à donner un sens à son existence.

Enfin, un modèle d'intervention a été proposé. Il s'inscrit dans la ligne philosophique de l'ACT et vise à la fois le développement d'un optimisme partiel et d'un optimisme global. Des techniques, tirées du livre de Seligman (1994), « Apprendre l'optimisme », ont été incorporées à la thérapie de l'ACT (Hayes et al., 1999) afin d'essayer d'offrir aux praticiens des outils qui favorisent le développement de l'optimisme chez l'adolescent à travers une plus grande flexibilité psychologique. En accompagnant le jeune dans sa redéfinition des valeurs à travers une thérapie expérientielle qui lui permette de réinvestir son présent pour y découvrir ses propres valeurs, et en lui offrant les outils qui lui permettront d'expliquer les événements qui se présentent à lui avec plus d'optimisme, on peut espérer ainsi promouvoir son mieux-être tout en participant au changement qui s'inscrit dans une redéfinition des valeurs d'une société.

Ce modèle d'intervention ouvre la porte à de nouvelles recherches qui pourraient viser, entre autres, la vérification de l'efficacité de ce type d'intervention auprès de diverses clientèles. Enfin, bien que la thérapie d'acceptation et d'engagement ait été choisie dans le cadre de cet essai, puisqu'elle s'intéresse à une redéfinition des valeurs

susceptibles de développer l'optimisme global, la piste de Peterson, concernant le tuteur d'optimisme global qui pourrait s'inspirer des recherches faites sur la résilience et sur les tuteurs de résilience, aurait également pu être davantage explorée et pourrait aussi faire l'objet d'une recherche ultérieure.

Références

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Akhtar, S. (1996). "Someday..." and "if only..." fantasies: Pathological optimism and inordinate nostalgia as related forms of idealization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 723-753.
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students - Sadder but wiser. *Journal of Experimental Psychology General*, 108(4), 441-485.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé* (4^e éd.). Paris, France : Masson.
- Baudrillard, J. (1982). *À l'ombre des majorités silencieuses*. Paris, France: Denoël/Gonthier.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, NY: Penguin.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Ben-Shahar, T. (2008). *L'apprentissage du Bonheur*. Paris, France : Belfond.
- Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 67-79.
- Bergeron, L., Valla, J. P., & Breton, J. J. (1992). Pilot study for the Quebec child mental health survey: Part I. Measurement of Prevalence estimates among six to 14 years olds. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 374-380.
- Boisvert, Y. (1995). *Le Postmodernisme*. Québec : Boréal.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.

- Boniwell, I., & Ryan, L. (in press). *Personal well-being lessons for secondary schools: Positive psychology in action for 11 to 14 years old*. New York: McGraw Hill
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. Dans A. King & D. Sloan (Éds), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 107-134). New York, NY: The Guilford Press.
- Brennan, F. X., & Charnetsky, C. J. (2000). Explanatory style and immunoglobulin A (IgA). *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35(4), 251-255.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Creed, P. A., Patton, W., & Bartrum, D. (2002). Multidimensional properties of the LOT-R: Effects of optimism and pessimism on career and well-being related variables in adolescents. *Journal of Career Assessment*, 10(1), 42-61.
- Cutuli, J. J., Chaplin, T. M., Gillham, J. E., Reveich, K. J., & Seligman, M. E. P. (2006). Preventing Co-Occurring Depression Symptoms in Adolescents with Conduct Problems. The Penn Resiliency Program. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 282-286.
- Dewulf, D. (2012). *Mindfulness : la pleine conscience pour les ados*. Paris, France : De Boeck Université.
- Dierickx, C. (2009). *Act-on-life: Agir pour une vie pleine de sens*. [Consulté en ligne le 31 juillet 2013]. Repéré à <http://www.act-on-life.be/articles-.html>
- Dionne, F., (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26(6), 20-24.
- Dweck, C., Davidson, W., Nelson, S., & Enna, B. (1978). Sex differences in learned helplessness: II. The contingencies of evaluative feed-back in the classroom and III. An experimental analysis. *Developmental Psychology*, 14, 268-276.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris, France : Flammarion.

- Francisco, J. R. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Frankl, V. (1988). *Découvrir un sens à sa vie*. Montréal, QC : Éditions de l'Homme.
- Freud, S. (1928). *The future of an illusion*. London: Hogarth.
- Freud, S. (1950). *Ma vie et la psychanalyse*. Paris, France : Gallimard.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., & Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depression symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351.
- Gillham, J. E., Shatté, A. J., Reivich, K. J., & Seligman, M. E. P. (2000). Optimism, pessimism, and explanatory style. Dans E. C. Chang (Éd.), *Optimism & Pessimism. Implications for theory, research, and practice* (pp. 53-75). Washington, DC: APA.
- Guilbert, P., Gautier, A., Baudier, F., & Trugeon, A. (2000). *Baromètre santé 2000*. Les comportements des 12-25 ans. Synthèse des résultats nationaux et régionaux Volume 3.1. [Consulté en ligne le 31 juillet 2013]. Repéré à www.inpes.sante.fr
- Harrington, R. C., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. Links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 434-439.
- Harris, R. (2009a). *Le piège du bonheur; Créez la vie que vous voulez*. Montréal, QC : Éditions de l'Homme.
- Harris, R. (2009b). Mindfulness without meditation. *Health counselling and Psychotherapy Journal*, octobre, 21-24.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. (2004). What is acceptance and commitment therapy? Dans S. Hayes & K. Strosahl (Éds), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 1-30). New York, NY: Springer.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- INSERM, expertise collective. (2003). *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, France : Inserm.
- Jung, C. (1962). *L'homme à la découverte de son âme*. Paris, France : Payot.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York, NY: Delta.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kaslow, N. J., Tannenbaum, R. L., & Seligman, M. E. P. (1978). *The KASTAN: A children's attributional style questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Lewis, C. E., & Klerman, G. L. (1983). Predictors of relapse in major depressive disorders. *Journal of American Medical Association*, 250, 3299-3304.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NSC-R). *Journal of American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kotsou, I., & Heeren, A. (2011). *Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de la troisième vague*. Paris, France : De Boeck.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. Dans J. G. Schulerbrandt & A. Raskin (Éds), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*. (pp. 1-25). New York, NY: Raven Press.
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. Dans S. Benitz (Éd.), *Denial of stress* (pp. 1-30). New York, NY: International Universities Press.
- Lévy, B. H. (1977). *La Barbarie à visage humain*. Paris, France : Grasset.
- Liotard, J.-F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris, France : Minuit.
- Lipovetsky, G. (1983). *L'Ère du vide*. Paris, France : Gallimard, Folio/Essai.

- Marcelli, D. (1998). Suicide et dépression chez l'adolescent. *Rev Prat.*, 48, 1419-23.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 433-445.
- Maslow, A. (1972). *Vers une psychologie de l'être*. Paris, France : Fayard.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). *Projections of global mortality and burden of disease form 2002 to 2030*. [Consulté en ligne le 31 juillet 2013] Repéré à <http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.0030442>
- Matlin, M., & Stang, D. (1978). *The Pollyanna principle*. Cambridge, MA: Schenkman.
- May, R. (1972). *Le désir d'être*. Paris, France : Éditions de l'Epi.
- Mineka, S., Pury, C. L., & Luten, A. G. (1995). Explanatory Style in Anxiety and Depression. Dans G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (Éds), *Explanatory Style* (pp. 135-158), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (octobre 2008). *Le magazine ACT*, 9. Repéré à <http://www.lemagazineact.fr>
- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson.
- Monestès, J.-L., Villatte, M., & Loas, G. (2009). Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 46, 1-5.
- Mouren-Siméoni, M. C., & Bouvard, M. P. (1997). Traitement antidépresseur, thymorégulateur et dépressions de l'enfant et de l'adolescent. Dans M. C. Mouren-Siméoni & R. G. Klein (Éds), *Dépressions chez l'enfant et l'adolescent. Faits et questions* (372 p.). Paris, France : L'Expansion scientifique.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1995). Explanatory style and achievement, depression, and gender differences in childhood and early adolescence. Dans G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (Éds), *Explanatory Style* (pp. 57-70). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1991). Sex differences in depression and explanatory style in children. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 233-245.
- Patten, S. B., & Beck, C. A. (2004). Major depression and mental health care utilization in Canada: 1994-2000. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(5), 303-309.
- Patten, S., & Juby, H. (2008). *Profil de la dépression Clinique au Canada. Réseau des centres de données de recherche*. [Consulté en ligne le 31 juillet 2013]. Repéré à <http://dspace.ucalgary.ca/bitstream/1880/46454/1/RSS1Profil%20de%20la%20depression%20clinique%20au%20Canada.pdf>.
- Peterson, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168.
- Peterson, C. (2000). The Future of Optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Peterson, C., & Barret, L. (1987). Explanatory style academic performance among university freshmen. *Journal of Personality Social Psychology*, 53, 603-607.
- Peterson, C., & Bossio, L. M. (2000). Optimism and physical well-being. Dans E. C. Chang (Éd.), *Optimism & pessimism. Implications for theory, research, and practice* (pp. 127-145), Washington, DC: APA.
- Peterson, C., & Park, C. (1998). Learned helplessness and explanatory style. Dans D. F. Barone, V. B. Van Hasselt, & M. Hersen (Éds), *Advanced Personality*, (pp. 287-310). New York, NY: Plenum.
- Peterson, C., Schulman, P., Castellon, C., & Seligman, M. E. P. (1992). CAVE: Content Analysis of Verbatim Explanations. Dans C. P. Smith (Éd.), *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis* (pp. 383-392). New York, NY: Cambridge University Press.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale in adolescents and young adults (Special issue: The emergence of depressive symptoms during adolescence). *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 149-166.

- Rao, U, Ryan, N. D., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Kaufman, J., Rao, R., & Nelson, B. (1995). Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 566-578.
- Ricard, M. (2003). *Plaidoyer pour le bonheur*. Paris, France : Éditions Nil, collection Pocket.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 81(1), 609.
- Rowe, I., & Marcia, J. E. (1980). Ego identity status. Formal operations and moral development. *Journal of Youth and Adolescence*, 9(2), 87-99.
- Rutter, M., Izard, C. E., & Read, P. B. (1986). *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives*. New York, NY: Guilford Press.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Ryan, N. D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet*, 366, 933-940.
- Ryan N. D., Williamson, D. E., Iyengar, S., Orvaschel H., Reich, T., Dahl, R. E., & Puig-Antich, J. (1992). A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 600-605.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcomes expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 210-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York, NY: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1994). *Apprendre l'optimisme*. Paris, France : InterÉditions.

- Seligman, M. E. P. (1995). *The optimistic child*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Seligman, M. E. P. (1996). *La force de l'optimisme*. Paris, France : InterÉditions.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2007). Coaching and positive psychology. *Australian Psychologist*, 42(4), 266-267.
- Seligman, M. E. P., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M., & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 13-18.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. J., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., & Endicott, J. E., (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2(157), 229-233.
- Taylor, C. (1998). *Les sources du moi. La formation de l'identité moderne*, Paris, France : Le Seuil.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Tiger, L. (1979). *Optimism: The biology of hope*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Tolman, E. C. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. New York, NY: Century.
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., & Schelin, L. (2007). Philosophical, theoretical and empirical foundations of Acceptance and Commitment Therapy. *Anuario de Psicología*, 38(1), 117-128.
- Waterman, A. S. (1999). Identity, the identity statuses, and identity status development: a contemporary statement. *Developmental Review*, 19, 591-621.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession, and the psychopathology of mental control*. London: The Guilford Press.
- Wegner, D. M., Broome, A., & Blumer, S. J. (1997). Ironic effects of trying to relax under stress. *Behavior Research and Therapy*, 35, 11-21.

- Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1093-1104.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Weissman, M., & Olfson, M. (1995). Depression in women: Implications for health care research. *Science*, 269, 700-801.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2009). *Méditer pour ne plus déprimer. La pleine conscience, une méthode pour mieux vivre*. Paris, France : Odile Jacob.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Ziegler, D. J., & Hawley, J. L. (2001). Relation of irrational thinking and the pessimistic explanatory style. *Psychological Reports*, 88, 483-488.

Appendice A

Apprendre l'optimisme, étape 1, exemples d'adversité
(Seligman, 1994)

Exemples tirés du livre de Seligman « Apprendre l'optimisme », (1994, p. 197).

Consignes : Il est demandé au jeune de compléter l'élément qui manque.

1. A : Votre meilleur(e) ami(e)¹, à qui vous avez laissé plusieurs messages téléphoniques, ne vous rappelle pas.

B : Vous pensez : _____.

C : Vous êtes démoralisé(e) toute la journée.

2. A : Votre meilleur(e) ami(e), à qui vous avez laissé plusieurs messages téléphoniques, ne vous rappelle pas.

B : Vous pensez : _____.

C : Vous vazez à vos affaires sans vous en préoccuper.

Dans le premier cas, si vous avez pensé quelque chose comme : « ce n'est pas étonnant vu que je me comporte toujours en égoïste... », vous allez vers la dépression. Mais si, dans le deuxième cas, vous avez pensé à une cause passagère, particulière et externe (« Il [Elle] doit faire des heures supplémentaires cette semaine... », « Il [Elle] ne va pas très bien en ce moment... »), vous ne courez aucunement ce risque. (p. 197).

3. A : Vous vous disputez avec votre petit(e) ami(e).

B : Vous pensez : « Je ne fais jamais rien de bien. »

C : Votre réaction : _____.

4. A : Vous vous disputez avec votre petit(e) ami(e).

B : Vous pensez : « Il (elle) était d'une humeur massacante ».

C : Votre réaction : _____.

5. A : Vous vous disputez avec votre petit(e) ami(e).

B : Vous pensez : « Je parviens toujours à résoudre les conflits ».

C : Votre réaction : _____.

¹ Le terme « partenaire » de l'exemple 3, 4 et 5 a toutefois été remplacé par « petit(e) ami(e) » afin de l'adapter à la période de l'adolescence.

Appendice B

Apprendre l'optimisme, étape 2, exemples pour le journal de bord
(Seligman, 1994)

Exemple tirés du livre de Seligman « Apprendre l'optimisme » (1994)¹.

Exemple 1 (p. 197) :

Adversité : Ma meilleure copine, Caroline, m'a dit qu'à partir de maintenant, c'était Alice sa meilleure amie et qu'elle comptait s'asseoir avec elle à la cantine [cafétéria] et plus avec moi.

Interprétation : Caroline ne m'aime plus parce que je ne suis pas assez branchée pour elle. Alice raconte plein d'histoires drôles alors que quand moi j'essaie d'en raconter, personne ne rit. En plus, elle a un look très branché. Moi, je n'ai que des vêtements ringards. Je parie que si j'avais plus la cote, Caroline voudrait de nouveau être ma copine. Mais maintenant, je vais me retrouver toute seule au déjeuner et tout le monde saura que c'est Alice la meilleure copine de Caroline.

Conséquences : J'avais vraiment peur d'aller à la cantine, car je ne voulais pas manger toute seule ou qu'on se moque de moi. J'ai fait semblant d'avoir mal au ventre pour que la maitresse m'envoie à l'infirmerie. Je me trouvais moche aussi et je voulais changer d'école.

Exemple 2 (p. 220) :

Adversité : Pendant que j'attendais le bus, des garçons plus âgés sont arrivés. Ils ont commencé à me traiter de gros lard devant mes copains.

Interprétation : Ça ne sert à rien de répondre puisqu'ils ont raison : c'est vrai que je suis gros. Maintenant, tous les copains vont se moquer de moi et plus personne n'aura envie de se mettre à côté de moi dans le bus. Tout le monde me traitera de gros lard et je serai obligé d'encaisser.

Conséquences : J'avais envie de mourir tellement j'étais gêné. Je voulais fuir mes copains, mais c'était le dernier bus. J'ai baissé la tête et je me suis installé tout seul près du chauffeur.

¹ Les exemples ont été tirés de la section du livre prévu pour les enfants puisqu'ils semblaient mieux adaptés à la réalité des adolescents que ceux prévus dans la section pour adultes et adolescents. Certains termes seraient à adapter à la culture québécoise.

Appendice C

Apprendre l'optimisme, étape 3, exemples de réfutation
(Seligman, 1994)

Exemple tirés du livre de Seligman « Apprendre l'optimisme » (1994)¹.

Exemple 1 – pour les filles (p. 222) :

Adversité : Ma meilleure copine, Caroline, m'a dit qu'à partir de maintenant, c'était Alice sa meilleure amie et qu'elle comptait s'asseoir avec elle à la cantine [cafétéria] et plus avec moi.

Interprétation : Caroline ne m'aime plus parce que je ne suis pas assez branchée pour elle. Alice raconte plein d'histoires drôles alors que quand moi j'essaie d'en raconter, personne ne rit. En plus, elle a un look très branché. Moi, je n'ai que des vêtements ringards. Je parie que si j'avais plus la cote, Caroline voudrait de nouveau être ma copine. Mais maintenant, je vais me retrouver toute seule au déjeuner et tout le monde saura que c'est Alice la meilleure copine de Caroline.

Conséquences : J'avais vraiment peur d'aller à la cantine, car je ne voulais pas manger toute seule ou qu'on se moque de moi. J'ai fait semblant d'avoir mal au ventre pour que la maitresse m'envoie à l'infirmerie. Je me trouvais moche aussi et je voulais changer d'école.

Réfutation : Caroline est très sympa, c'est vrai, mais ce n'est pas la première fois qu'elle m'annonce qu'elle a choisi une autre fille comme meilleure copine. Elle l'a fait au moins deux fois déjà. Je ne crois pas que ce soient les histoires drôles qui comptent, ni d'ailleurs mes vêtements, étant donné que Caroline et moi avons acheté exactement le même ensemble l'année dernière. Elle doit aimer changer souvent de copine, c'est tout. Mais cela ne fait rien puisqu'elle n'est pas ma seule amie. Je peux toujours déjeuner avec Michelle et Maria.

Dynamisation : J'étais moins inquiète qu'avant par rapport au déjeuner et je ne me sentais plus moche.

¹ Les exemples ont été tirés de la section du livre prévu pour les enfants puisqu'ils semblaient mieux adaptés à la réalité des adolescents que ceux prévus dans la section pour adultes et adolescents. Certains termes seraient à adapter à la culture québécoise.

Exemple 2 – pour les garçons (p. 223) :

Adversité : Aujourd’hui, le professeur de gym a choisi deux garçons comme capitaines. Ils avaient pour tâche de sélectionner les membres de leur équipe. J’ai été l’un des derniers à être pris.

Interprétation : Charlie et Samuel me détestent. Ni l’un ni l’autre ne veut de moi dans son équipe. Maintenant, tous les garçons me prendront pour un véritable handicapé et ils auront raison. Ce n’est pas étonnant que plus personne ne veuille jouer avec moi.

Conséquences : Je me suis senti tellement bête que j’ai failli fondre en larmes, sauf que je savais qu’on se moquerait encore plus de moi si je pleurais. Je me suis donc tenu un peu à l’écart en priant le ciel que le ballon ne vienne pas vers moi.

Réfutation : J’avoue que je ne suis pas très sportif, mais ce n’est pas la peine d’en rajouter en me disant « handicapé ». Et d’ailleurs, si le sport n’est pas mon point fort, il y a d’autres domaines où je suis le meilleur. Par exemple, quand la maîtresse nous répartit en groupes de travail, tout le monde veut faire partie du mien. En plus, j’ai eu un prix pour ma rédaction sur l’histoire moderne. Et puis, je ne pense pas au fond que Charlie et Samuel me détestent; après tout, ils n’ont jamais été méchants avec moi. C’est juste qu’ils ont voulu avoir les meilleurs joueurs dans leur équipe. Bon, tant pis, il y a des enfants qui sont forts en foot et d’autres qui le sont en autre chose. Moi, c’est les maths, la lecture et l’instruction civique.

Dynamisation : Après m’être dit tout cela, je me suis senti beaucoup mieux. J’aimerais quand même être bon en tout et j’ai toujours horreur d’être le dernier choisi, mais je sais au moins que je suis le premier dans certaines choses et que Charlie et Samuel n’ont rien contre moi.

Appendice D

ACT-Axe 1 – Acceptation et défusion cognitive,
exemples de métaphores
(Monestès & Villatte, 2011)

Les métaphores sont tirées du livre de Monestès et Villatte, « La thérapie d'acceptation et d'engagement » (2011)¹.

Acceptation

Métaphore #1 :

Les sables mouvants : « Imaginez que vous tombiez dans des sables mouvants. Quelle serait votre première réaction? Si vous vous débattez pour essayer de vous sortir de ces sables mouvants, que va-t-il se passer? Lorsqu'on cherche à s'extraire de sables mouvants en se débattant, le résultat est qu'on s'enfonce davantage. La méthode la plus efficace consiste au contraire à s'agiter le moins possible et à faire en sorte d'avoir le maximum de surface du corps en contact avec le sable mouvant. » (p. 48).

Métaphore #2 :

Lâcher la voile : Lorsqu'on est sur un bateau et que la tempête se lève, on a tendance à vouloir tendre les voiles pour garder le contrôle du bateau et éventuellement rentrer au port. Mais quand la tempête est là, si les voiles sont tendues, elles peuvent se déchirer ou [faire chavirer le bateau]. Dans une telle situation, la meilleure solution consiste à détacher les voiles, à les laisser libres le temps que la tempête se calme, quitte à dériver un peu de sa trajectoire. » (p. 48).

Défusion cognitive

Métaphore #1 :

« Il s'agit avec cette métaphore d'illustrer qu'il est possible de voir les pensées pour ce qu'elles sont, de simples pensées, pour pouvoir continuer ses activités vers ce qui compte vraiment, malgré la présence de ces pensées » (p. 86) :

La nappe de brouillard : « Cette métaphore présente un parallèle entre la tendance à obéir à ses pensées barrières et la difficulté à conduire dans un brouillard épais. Elle convient particulièrement bien pour modifier la fonction de pensées dépressives (« Je ne peux pas aller travailler, car je suis trop triste ») ou anxieuse (« Je ne vais pas demander un congé à mon patron, car cela me fait trop peur d'aller lui parler »). Lorsque l'on conduit dans une nappe de brouillard, cela peut être très difficile et dangereux. Et l'on pourrait ainsi être tenté d'arrêter sa voiture et d'attendre que le brouillard se dissipe. Mais si l'on agit de cette manière, on ne se rend pas où l'on souhaite aller. Et le brouillard peut tout aussi bien rester sur la route toute la journée. À l'inverse, on peut décider d'avancer, quitte à rouler plus lentement, plus prudemment. Peut-être que plus loin, la nappe prendra fin. Ou peut-être pas. Mais dans tous les cas, on avancera dans la direction choisie. » (p. 86).

¹ Il est possible d'adapter ces exemples en utilisant un langage approprié à la réalité des adolescents.

Appendice E

ACT-Axe 2 – Le soi comme contexte et contact avec le moment présent
exemples de métaphores
(Monestès & Villatte, 2011)

Les métaphores sont tirées du livre de Monestès et Villatte, « La thérapie d'acceptation et d'engagement » (2011)¹.

Le soi comme contexte

Exercice #1 :

Observer l'observateur : « Je vais vous demander de fermer les yeux si vous êtes d'accord, afin d'être davantage disponible pour cet exercice. Si vous vous sentez plus à l'aise les yeux ouverts, vous pouvez bien sûr effectuer l'exercice de la manière qui vous convient le mieux.

Installez-vous confortablement sur votre chaise. Respirez tranquillement. Portez votre attention sur votre respiration, sur la sensation de l'air que vous inspirez et expirez régulièrement.

Essayez de porter votre attention sur les sensations dans votre corps, sur ce que vous ressentez au contact de la chaise sur laquelle vous êtes assis. Percevez les sensations de vos pieds qui touchent le sol, de vos mains posées sur vos genoux ou sur vos cuisses.

Essayez de percevoir les pensées qui vous traversent. Peut-être avez-vous des pensées sur cet exercice. Peut-être vos pensées vous ont-elles amené loin de cette salle où nous nous trouvons. Repérez ces pensées, puis examinez comme elles s'enchainent et vous entraînent vers une autre pensée.

Essayez de percevoir les émotions qui vous traversent. Peut-être sont-elles subtiles, à peine perceptibles. Essayez de repérer quelles sensations dans votre corps sont associées à ces émotions. Si vous ne semblez pas ressentir d'émotions particulières, remarquez quelles sensations sont actuellement présentes dans votre corps alors que vous ne percevez aucune émotion particulière.

Revenez un moment à votre respiration. Revenez à la sensation de l'air que vous inspirez et expirez régulièrement.

Je vais vous demander maintenant de porter votre attention sur une pensée particulière. Je voudrais que vous repériez un jugement négatif que vous portez sur vous-même, régulièrement. Prenez votre temps. Une pensée ou un jugement qui vous revient souvent et que vous avez du mal à chasser de votre tête quand il est présent. Une critique que vous vous formulez. Un reproche que vous vous êtes fait à plusieurs occasions.

¹ Il est possible d'adapter ses exemples en utilisant un langage approprié à la réalité des adolescents.

Observez les pensées qui s'enchainent aussitôt à l'évocation de ce jugement négatif. Observez les émotions qui sont en vous à présent et portez votre attention sur le changement d'émotions et de pensées en rapport au début de cet exercice. Repérez les sensations qui sont dans votre corps alors que vous portez votre attention sur ce jugement négatif. Repérez comme vos sensations ont changé depuis le début de l'exercice.

Vous pouvez observer ces sensations et ces pensées en perpétuel changement.

Essayez maintenant de repérer que vous êtes en train d'observer ces pensées et ces émotions. Il y a une partie de vous qui peut voir que vous êtes en train d'observer ces émotions, ces pensées et cette critique à propos de vous.

Regardez cette critique, repérez les émotions et les pensées qui l'accompagnent, et portez votre attention sur le fait que vous regardez cette critique, ces émotions et ces pensées. Si vous pouvez observer cette critique, c'est que vous n'êtes pas cette critique.

Ramenez maintenant votre attention sur votre respiration. Ramenez votre attention sur le lieu où nous nous trouvons, sur la place des meubles dans la pièce. Quand vous serez prêt, vous pourrez ouvrir les yeux. » (p. 120)

Contact avec le moment présent

Exercice #1 :

Un air bien connu : « Dans cet exercice, le thérapeute fait écouter à son patient un morceau de musique très connu. Le patient a pour consigne d'observer ses pensées, émotions et sensations, et notamment de remarquer comment celles-ci s'engagent très rapidement, de façon presque automatique et stéréotypée, sur les mêmes chemins que lors des écoutes précédentes de ce morceau. Par exemple, s'il s'agit d'une chanson que le patient n'aime pas, il pourra observer que les évaluations portant sur cette œuvre s'enclenchent très vite et que les justifications de ces évaluations sont parfois construites à partir d'une perception langagière (par exemple : « Je n'aime pas cette chanson car ce chanteur ne pense qu'à gagner de l'argent »), plutôt qu'à partir du contact direct avec les sons. Il devient alors intéressant d'observer la part de l'arbitraire (véhiculé par le langage) et du non-arbitraire (provenant d'un contact direct avec les sons) dans notre appréciation de cette musique. Il est également possible de réaliser cet exercice en observant une peinture ou une photographie par exemple. » (p. 108).

Appendice F

ACT-Axe 3 – La clarification des valeurs et l'engagement dans l'action
exemples d'exercices
(Monestès & Villatte, 2011)

Les métaphores sont tirées du livre de Monestès et Villatte, « La thérapie d'acceptation et d'engagement » (2011)¹.

Clarification des valeurs

Exercice #1

Fête d'anniversaire : « Cet exercice vise à mettre le patient en contact avec les conséquences à long terme de ses actions. Il consiste à demander au patient d'imaginer qu'un de ses proches prononce un discours d'anniversaire des 70 ans du patient. La question qui est posée est de savoir ce que le patient aimerait qu'on retienne de lui (« C'est quelqu'un sur qui on peut toujours compter », « Il n'a jamais été rancunier », « Il s'est toujours montré patient avec les autres », etc.). Au travers de ces exercices, les grandes directions que le patient souhaite donner à sa vie apparaissent aisément. » (p. 60).

L'engagement dans l'action

Exercice #1 :

Rencontrez-vous dans dix ans : Il s'agit d'un exercice de changement de perspective qui amène le patient à dépasser les conséquences à court terme de ses actions au profit d'un engagement à plus long terme dans le sens de ce qui compte pour lui. « Essayez de vous projeter dans l'avenir et de vous imaginer dans dix ans. Imaginez qu'il soit possible que vous rencontriez la personne que vous serez dans dix ans. De quoi aimeriez-vous que ce « vous » plus âgé vous remercie d'avoir fait dix ans plus tôt? Qu'apprécierait-il que vous ayez fait pour lui? Qu'est-ce qui compterait vraiment à ses yeux? » (p. 63).

¹ Il est possible d'adapter ses exemples en utilisant un langage approprié à la réalité des adolescents.